
SIGILLUM ACADEMIAE HARVARDIANAE IN NOV·ANG·
CHRISTO ET ECCLESIÆ
VE RI TAS



Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

Vierteljahresschrift

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. BEHREND, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Prof. CHVOSTEK, Prof. DUHRING, Prof. GEBER, Dr. GSCHIRHAKL, Dr. v. HEBRA, Dr. JARISCH, Prof. KAPOSI, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Dr. KRÓWCZYŃSKI, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LASCHKIEWITSCH, Dr. LASSAR, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHAELIS, Prof. MOSLER, Dr. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OEWRE, Dr. PINCUS, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Prof. v. RINECKER, Dr. SCHIFF, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Prof. v. SIGMUND, Prof. TARNOWSKY, Dr. UNNA, Dr. VAJDA, DDr. VEIEL, Prof. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. H. Auspitz
Wien.

Prof. Dr. F. J. Pick
Prag.

Prof. Dr. J. Caspary
Königsberg.

Prof. Dr. A. Neisser
Breslau.

Neunter 1882. Jahrgang.

(Der Reihenfolge XIV. Jahrgang.)

Mit 9 Tafeln und 17 xylogr. u. zinkogr. Abbildungen.

Wien, 1882.

Wilhelm Braumüller

k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.



Inhalt.

Originalabhandlungen.



Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Bibliographie

Register für den Jahrgang 1882:



Originalabhandlungen.



Beiträge zur Onychopathologie.

Von **P. G. Unna** in Hamburg.

(Hiezu 1 Holzschnitt.)

Im ersten Hefte des Jahrganges 1881 dieser Zeitschrift veröffentlichte ich „Anatomisch-physiologische Vorstudien zu einer künftigen Onychopathologie“, in welchen ich den Versuch machte, die bisherige Verwirrung auf dem Gebiete der Nagelerkrankungen durch Erörterung einiger anatomischer und physiologischer Grundbegriffe zu klären. Die günstige Aufnahme, welche diesen Versuchen bei manchen Fachgenossen zu Theil wurde, bestimmt mich, auf der begonnenen Bahn fortzuschreiten, wenn sich der Verfolgung der „Vorstudien“ selbst auch ungeahnte Schwierigkeiten in den Weg legten. Ich hatte ursprünglich den Plan, der Betrachtung der Nagelplatte die des Nagelbettes und der übrigen Falztheile nachzuschicken, welche speciell für das Verständniss der Onychogryphose und der entzündlichen Nagelkrankheiten von hoher Wichtigkeit sind. Aber es zeigte sich bald, dass eine Menge Fragen auf diesem Gebiete die Berücksichtigung und neue Durchforschung histologischer Details erforderten, zu denen mir bisher die Zeit und vor Allem das nöthige Material an normalen Nägeln fehlten.

Inzwischen gibt es eine ganze Reihe von Onychopathien, die das Interesse der Kliniker noch gar nicht auf sich gelenkt haben, ein solches aber in der That verdienen, und wenn ich es deshalb unternehme, statt der Fortsetzung der „Vorstudien“ vorderhand den Lesern dieser Zeitschrift eine Reihe bereits fertiger, klinischer Bilder zu entwerfen, so geschieht es, um die Zeit, welche ich der Verfolgung der ersteren wohl noch lange widmen muss, wenigstens nicht auch für die Gewinnung von Mitarbeitern zu verlieren,



deren Interesse ich eben durch Veröffentlichung der folgenden Schilderungen in Anspruch nehmen möchte. Ich war nur in einer der drei zunächst zu schildernden Krankheitsformen so glücklich, auch eine anatomische Untersuchung vornehmen zu können und es ist selbstverständlich, dass die letztere gegenüber allen auf eine noch so genaue Kenntniss der normalen Verhältnisse und eine noch so geschickte Analyse der klinischen Thatsachen gegründeten Abstractionen das letzte Wort behalten muss. Theils deswegen, theils wegen der geringen Anzahl der bisher zur Beobachtung gelangten Fälle, kann ich diese klinischen Bilder auch nur als Skizzen bezeichnen. Mögen andere Forscher, welche in der Möglichkeit, Autopsien vorzunehmen, glücklicher gestellt sind, recht bald die Ausführung dieser Skizzen in die Hand nehmen.

I. Längswulstung des Nagelbettes mit secundärer Atrophie der Nagelplatte.

Die Affection, für welche ich vom rein klinischen Standpunkte aus vorläufig diesen langathmigen Titel wählen muss, gehört zu den selteneren Nagelaffectionen. In der Literatur habe ich keine Beschreibung derselben auffinden können. Trotz dem kommt sie immerhin so häufig vor, dass sie jedem beschäftigten Arzte einige Male zu Gesicht gekommen sein müsste, wenn die Aufmerksamkeit den Verunstaltungen der Nägel überhaupt im höheren Grade zugewandt wäre.

Vor vier Jahren sah ich dieselbe zuerst bei einem Herrn, der sich aus anderen Gründen der ärztlichen Behandlung unterzog und einmal auf dieselbe aufmerksam geworden, im selben Halbjahre noch bei drei weiteren Individuen, welche mich ebenfalls wegen anderer Affectionen consultirten.

Als ich $1^3/_4$ Jahre später den erstgenannten Herrn bewog, seine Hände für mich photographiren zu lassen, machte mich ein Gehilfe des Photographen darauf aufmerksam, dass er an der nämlichen Nagelaffection litte, wie es sich auch in der That verhielt. Somit muss ich glauben, dass nur der Mangel an nöthiger Aufmerksamkeit mich in der Zwischenzeit keine neuen Fälle kennen lehrte.

Am 25. Februar 1878 nahm ich über den ersten Fall, Herrn D. E. folgenden Status auf: Pat. 46 Jahre alt, ist mittelgross,

von untersetztem, kräftigem Körperbau und sog. apoplektischem Habitus; Musculatur gut entwickelt, Fettpolster reichlich. Patient litt früher an Hämorrhoidalbeschwerden und noch immer an Obstipation, ausserdem an einem mässigen Emphysem und einem jeden Winter recrudescirenden Bronchial- und Rachenkatarrh. Die Oberhaut ist derb, gut eingefettet, reichlich schwitzend, zeigt keine Disposition zur Sprödigkeit, die Haare des Kopfes fangen an grau zu werden, sind kurz gehalten, ziemlich dick und kraus. Der Haarboden ist stark mit Schuppen bedeckt, welche auf einer wenig infiltrirten, sehr wenig juckenden, ziemlich stark gerötheten und beim Abreiben der Schuppen nicht blutenden Fläche aufsitzen. Diese Affection des Haarbodens, die sich mit scharfem Rande an der Stirne begrenzt, will Pat. vor 6 Jahren acquirirt und damals mit Erfolg „Allens“ Wasser dagegen gebraucht haben. Bald darauf stellte sich ein bläschenförmiger Ausschlag an der Beugeseite der Handgelenke ein, welcher etwas juckte, sich in einen röthlichen schuppenden Ausschlag verwandelte und während einer Kräuterkur bei einem Schwindler heilte.

Im nächsten Jahre, 1873, trat eine Affection des Nagels am rechten Daumen auf, welche sich seitdem über die Nägel fast aller Finger in höherem oder geringerem Grade verbreitete, ohne doch irgendwo die Intensität wie am rechten Daumen zu erreichen.

Die Abstufung der pathologischen Veränderung ist genau die folgende: Gar nicht befallen sind die beiden Zeigefinger und der linke Daumen, die geringsten Andeutungen finden sich an den beiden kleinen Fingern, ein etwas höherer Grad am Mittelfinger rechts und Ringfinger links; noch stärkere Veränderungen zeigen der rechte Ring- und linke Mittelfinger und die höchste Stufe der Affection, wie gesagt, der rechte Daumen. Die Zehennägel sind völlig normal gebildet.

Die gesunden Nägel der beiden Zeigefinger zeigen eine derbe, flache Nagelplatte mit vorspringender Lunula und bläulich-weissem Colorit, deren Oberfläche mit deutlich und regelmässig vertheilten, hervorspringenden Längsrippen besetzt ist[1]). Dort, wo die Affection

[1]) Diese an sehr vielen normalen Nägeln, besonders älterer männlicher Individuen befindlichen Längsrippen sind stets über die Lunula hinaus bis in den Nagelfalz zu verfolgen und deshalb mit Sicherheit auf eine Eigenthümlichkeit des Falzes, nicht des Nagelbettes zu beziehen. Keinesfalls sind



in ihren ersten Anfängen nachzuweisen ist, erheben sich nun bedeutendere Längskanten, die bei oberflächlicherer Betrachtung nur stark ausgeprägte, normale Längsrippen vortäuschen. Sie unterscheiden sich jedoch schon von diesen durch ihre Ungleichmässigkeit. Zunächst entspringen sie nicht stets aus dem Falz, sondern erheben sich zum Theil erst von der Gegend der Lunula an. Sodann bewahren sie durchaus nicht stets dieselbe Höhe in ihrem Verlauf nach der vorderen Kante, sondern erheben sich nach vorne gewöhnlich so sehr, dass die Nagelplatte das Ansehen erhält, als sei sie aus zwei dachartig gegeneinander geneigten Platten zusammengesetzt. Fällt von der erhabenen Längskante nach einer Seite das Niveau der Nagelplatte rasch, eine tiefe Furche bildend ab, nach der anderen dagegen nur allmälig, so entsteht der Eindruck, als bestehe die Nagelplatte aus zwei seitlich etwas über einander geschobenen Platten. Aber nicht nur die Form, auch die Substanz des Nagels leidet schon in diesem Stadium, indem an den vorderen Enden der Längskanten, dort, wo die seitlichen Hälften der Nagelplatte giebelartig zusammenstossen oder sich übereinander zu schieben scheinen, die Nagelplatte als Ganzes also die stärkste Knickung erhält, die Nagelzellen über die Schnittfläche des Nagels nach hinten abbröckeln. Da nun an jedem solchen Nagel mehrere solcher hervorragenden Längskanten auftreten, erhält die vordere Kante eines solchen ein bröckeliges, angefressenes Aussehen, welches die Scheere auch bei fleissigem Gebrauch nicht bemeistert.

Die höhere Entwickelung des Uebels macht sich zunächst nach zwei Richtungen geltend, in einer Abschwächung der Extensität und einer Verstärkung der Intensität. An diesen Nägeln finden wir nicht mehr verschiedene Längskanten und Giebel, dafür aber eine oder höchstens zwei sehr dicht zusammen gelagerte Leisten, die die Continuität der Nagelplatte völlig unterbrechen und als ein selbstständiges Gebilde hervortreten. Sie befinden sich sämmtlich in den mittleren, nicht in den seitlichen zwei Vierteln des Nagels. Je mehr sie sich über das Niveau des letzteren erheben, desto röther und weicher werden sie und desto weniger

---

sie Abdrücke der Nagelbettleisten, von denen sie auch an Zahl um ein Vielfaches übertroffen werden. Sie verwandeln die sonst in frontaler Richtung sanft gekrümmte Nagelfläche in eine kantige, längsgefelderte.

compacte Nagelsubstanz bekleidet dieselben. Trotzdem zieht die Nagelplatte auch über diese 1 bis 2 Millimeter hohen Längswülste glatt hinweg. Die Röthe und Weichheit dieser Stellen lassen aber schliessen, dass die Nagelplatte hier erheblich verdünnt ist. Ein leichter Druck genügt, um die Röthe dieser Wülste zum Verschwinden zu bringen, bei aufhörendem Druck ist dieselbe sofort wieder da. Die Empfindlichkeit ist an der Stelle des Wulstes gegenüber der des noch gesunden Nageltheiles erheblich gesteigert, der der anliegenden Haut nahe kommend, erreicht jedoch nicht entfernt die Empfindlichkeit des blosliegenden Nagelbettes. Im Uebrigen zeigen die Wülste dieselben Beziehungen zum gesunden Nageltheile, wie die ihnen vorausgehenden Längskanten. Sie können nach einer Seite flach, nach der anderen steil abfallen; wo das letztere der Fall ist, oder wo zwei Längswülste, dicht gelagert, in einer Naht mit einander verschmelzen, und wo sie an der vorderen Kante enden, genug an allen scharfen Winkeln bröckelt die Nagelsubstanz leicht herunter und der sonst glatte Nagel wird rauh und unansehnlich. Auch die Wülste erheben sich zum Theil vom Falze her, zum Theil erst aus der Gegend der Lunula.

Die höchste Stufe der Veränderung wird schliesslich allein repräsentirt durch den Daumennagel der rechten Hand. Hier occupirt der Wulst nicht nur einen grossen Theil des hinteren Falzes und fast die ganze Lunula, er gewinnt dadurch ein ganz besonderes Aussehen, dass die Hornschicht des Fingerrückens sich direct ohne sichtbare Grenze auf ihn fortsetzt, während sie bei den anderen Wülsten, wo diese im Falze verschwinden, sich zur Bildung der Hornschicht der Falzdecke in jenen hinein umschlägt und mithin an die Hornbekleidung der Wülste mit deutlichem Rande angrenzt. Dadurch kommt es zu einer totalen Trennung des Nagels in zwei nirgends zusammenhängende seitliche Platten. Der Daumen hat gleichsam zwei Nägel, die aus den seitlichen Falztheilen des früheren Nagels hervorkommen und durch den Wegfall der mittleren festen Nagelpartie eine nach vorne convergirende Richtung angenommen haben, so dass sie bei mangelnder Beschneidung über den vorderen, abgeflachten Theil des Wulstes hinweg sich treffen und flügelartig kreuzen würden. Fasst man hingegen den Wulst für sich ins Auge, so glaubt man eine keloidartige, glatte, rothe

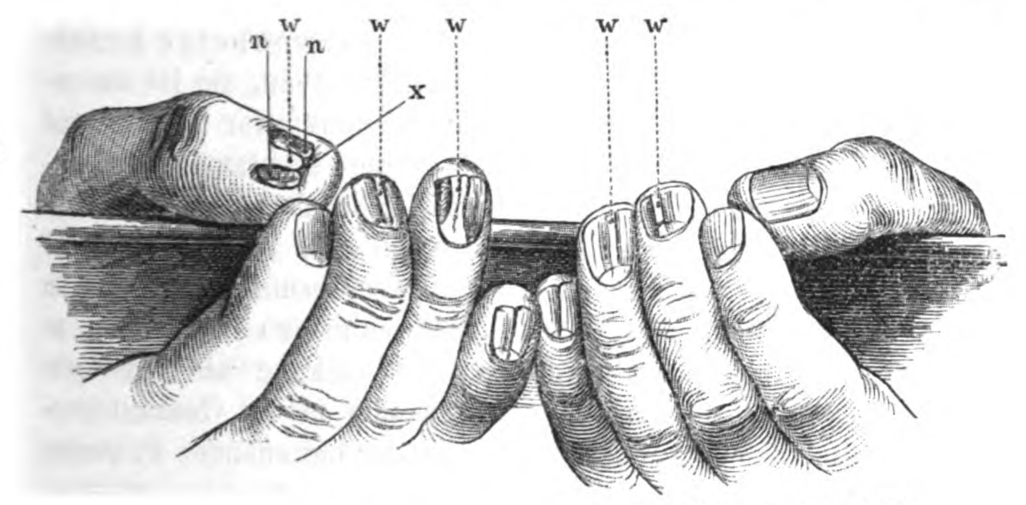
Neubildung vor sich zu sehen, welche vom Fingerrücken aus in den gesunden Nagel hereingebrochen ist und denselben auseinander getrieben hat. Dieser Wulst des Daumennagels zeichnet sich schliesslich noch dadurch vor den anderen Wülsten aus, dass er von der Höhe des Fingerrückens an nach vorne gleichmässig sanft abfällt.

An diesem Status hat sich, was die Nägel anbetrifft, seit dem Februar 1878 nichts wesentlich geändert, aber immerhin konnte ich bei verschiedenen Aufnahmen die Thatsache constatiren, dass geringfügige Aenderungen der einzelnen Nägel zum Besseren und Schlimmeren mehrfach vorkommen. Der Patient behauptet sogar, dass der jetzt vollkommen normale Daumennagel der linken Hand früher auch, wenn auch nie so hochgradig wie rechts ergriffen gewesen sein soll. So ergab ein Status am 14. November 1879, an welchem Tage die beigegebene Zeichnung aufgenommen wurde (siehe diese), dass die Längskante des fünften Fingers links erhabener geworden und im Begriffe war, sich in einen Längswulst umzubilden, während die vierten Finger beider Hände durch eine Abflachung der Wülste einen geringen Grad der Besserung anzeigten. Auch der Daumen der rechten Hand zeigte eine geringe Abflachung und einen festeren Nachwuchs des rechten, flügelartigen Nagelrestes, welcher im vorigen Jahre sehr bröckelig und dünn gewesen war, also immerhin eine leichte Besserung. Diese geringen Veränderungen traten so langsam ein, dass sie nur durch Beobachtung in grösseren Pausen sicher zu stellen waren. Keinesfalls aber hatte ein versuchsweise auf den Nagelgliedern getragenes, 10 % Arsenik enthaltendes Quecksilberpflaster irgend einen Erfolg aufzuweisen.

Bis zu dem im December 1881 erfolgten Tode des Patienten (derselbe starb an einer acut sich entwickelnden Bronchopneumonie) habe ich noch wiederholt Gelegenheit gehabt, den im Grossen und Ganzen unveränderten Bestand der Nägel zu constatiren. Die schuppige Flechte des Kopfes andererseits stellte sich bei einer späteren Verschlimmerung dieses Uebels als eine wahre Psoriasis heraus, indem zugleich an den Extremitäten und am Rumpfe einzelne Psoriasisplaques auftauchten. Leider war es mir unmöglich, eine postmortale Untersuchung der Nägel vorzunehmen.

Wir haben es in diesem Falle mit einer höchst chronisch verlaufenden Nagelaffection zu thun, die nur geringe spontane

Schwankungen der Intensität, aber durchaus keinen typischen Ablauf erkennen lässt. Klinischerseits kann man im Grossen und Ganzen drei Stadien der Intensität unterscheiden, die nach meiner Beobachtung auch zugleich Stadien der Entwickelung darzustellen scheinen, und deren erste durch das Auftreten gröberer Längskanten mit Abnahme der Cohäsion der Nagelzellen, deren zweite durch die beschriebenen röthlichen Längswülste und deren dritte durch die völlige Trennung des Nagels in zwei Hälften charakterisirt wird. Es ist dabei sehr wohl möglich und der gleich näher



J. v. Ploos van Amstel del.

zu betrachtende Fall wird dies sogar wahrscheinlich machen, dass das soeben gekennzeichnete zweite und dritte Stadium eigentlich eine gleiche Stufe der Ausbildung repräsentiren und sich nur insoferne unterscheiden, als das eigentliche Centrum der Affection bei den „Längswülsten" rein im Gebiete des Nagelbettes liegt, während es bei dem vom linken Daumen geschilderten Zustande von vorneherein mehr nach hinten an der Grenze der Lunula localisirt ist, jedoch wird sich dieser Punkt sicher erst durch die anatomische Untersuchung entscheiden lassen. Soviel steht jedenfalls fest, dass wir es hier mit einer Affection des Nagelbettes zu thun haben. Erstens behält sie ihre Stellung auf dem Nagelbette bei und zeigt durchaus keine Fortschiebung im Sinne des Wachsthums der Nagelplatte. Zweitens zeigt die Nagelplatte selbst sich nur passiv in Mitleidenschaft gezogen, indem die aus der Richtung gebrachten Nagelzellen zunächst am vorderen Rande

dann den Furchen neben und zwischen den Längskanten entsprechend auch weiter nach hinten leicht abbröckeln, indem sodann über den Längswülsten die ganze Nagelplatte verdünnt wird — was wohl als eine Niederlegung ihrer Schichtungsebene zu deuten ist — und schliesslich (am Daumen) partieller Atrophie anheimfällt.

Lange war ich versucht, die ganze Affection in diesem Falle als ein Analogon des schuppenden Hautleidens am Kopfe zu betrachten, und besonders, als dieses sich später als eine gewöhnliche Psoriasis herausstellte. Jedoch erweist gerade eine genauere Beobachtung der Psoriasis unguium die Unhaltbarkeit dieses Gedankens, denn die letztere ist kurz gesagt: sowohl eine Krankheit der Nagelmatrix wie des Nagelbettes, sie ist ausserdem durch innere und äussere Mittel unschwer heilbar und unterliegt auch wie die Psoriasis überhaupt spontanen beträchtlichen Schwankungen; sie befällt endlich in ihren höheren Graden stets alle Hand- und Fussnägel, wenn auch nicht in gleicher Intensität, so doch alle in ähnlicher Weise verunstaltend. Da an andere Erkrankungen der Haut noch weniger zu denken ist, so muss man in diesem Falle die Nagelerkrankung als eine rein idiopathische und essentielle betrachten oder in der Gesammtconstitution und den sonstigen Organleiden des betreffenden Patienten nach Gründen für dieselbe suchen.

Die zweite Patientin, Frau G., 61 Jahre alt, ist Mutter von vier gesunden Kindern, von sehr kleiner Statur, aber kräftig gebaut, hat die Abnormität ihrer Nägel seit unbestimmt langer Zeit bemerkt und weiss mit Sicherheit nur anzugeben, dass in derselben stets Perioden spontaner Verschlimmerung und Besserung abwechselten. Ihrem Hausarzte verdanke ich die Notiz, dass sie wiederholt an Nierenblutungen litt, gegen die sich Soolbäderkuren stets heilsam erwiesen, und die mit Bestimmtheit jedesmal durch einen allzulangen Aufenthalt am Herde hervorgerufen wurden. Ausserdem litt sie häufig an Obstipationen, hin und wieder an Ekzem der Hände und des Gesichtes und früher beständig an Frost der Hände und Füsse. Das in der Jugend frisch rothe Colorit wandelte sich mit dem Alter in ein bläuliches um, hauptsächlich über den Backenknochen, an der Nase und an Händen und Füssen. Ein kürzlich aufgenommener Status der Nägel ergab Folgendes:

Sämmtliche Hand- und Fussnägel sind in ähnlicher Weise und in nicht sehr verschiedenem Grade entartet. Sie nehmen an der blassbläulichen Hautfarbe der Hände und Füsse Theil. Die Lunulae sind nur an drei Nägeln deutlich sichtbar (am rechten Daumen, Mittelfinger und linken Daumen), hier jedoch von ziemlich bedeutender Grösse. An den beiden Ringfingern und dem kleinen Finger rechts sind sie nicht vorhanden oder vielmehr durch Verwischung der Grenze gegen das Nagelbett hin undeutlich geworden, denn die bläulichweisse Farbe des Nagelbettes kommt hier der Lunulafarbe sehr nahe. Am linken Zeige-, Mittel- und kleinen Finger und am Zeigefinger der rechten Hand endlich sind an Stelle der Möndchen oder in deren medianem Theile rundliche, nach vorne convex vorspringende, aber noch von festem Nagel bedeckte Wülste aufgetreten, von denen noch gleich weiter die Rede sein wird.

Sämmtliche Nägel sind überdies mit Längskanten und Längsleisten stärkeren und geringeren Grades in grosser Zahl besetzt. An den beiden Daumen stehen diese in sehr regelmässigen Abständen ziemlich weit von einander, breitere Längsfurchen zwischen sich lassend; an den übrigen Fingern ist die Oberfläche des Nagels durch sie ganz unregelmässig in zum Theile sehr schmale Längsfelder getheilt. An beiden Zeigefingern ist allein der Process weiter in das zweite, resp. am linken Zeigefinger in das dritte Stadium getreten. Hier sind die Nagelplatten in zwei Hälften auseinandergewichen und in der Spalte zwischen beiden erblickt man links einen feinen Längswulst, der in die oben erwähnte wulstige Erhöhung in der Gegend der Lunula, sich plötzlich verbreiternd, übergeht. Aus meiner Erinnerung kann ich hinzufügen, dass bei einer früheren Untersuchung vor etwa zwei Jahren dieser Nagel ganz dasselbe Ansehen darbot, wie der des linken Daumens im ersten Falle. Damals war ein mit dem Fingerrücken in Continuität stehender, breiter, mittlerer Längswulst vorhanden, neben welchem zwei kleine dünne Nagelreste die seitlichen Partien des ehemaligen Nagelbettes bedeckten und vorne convergirend sich flügelartig über dem vorderen Ende der mittleren Wulstes kreuzten. Die seitdem eingetretene Veränderung besteht also darin, dass die seitlichen atrophirenden Theile wieder mehr zur Norm zurückgegangen sind, und durch theilweise Ueberlagerung des mittleren Wulstes sich



wieder bis auf einen kleinen Spalt genähert haben. Der betreffende Spalt am rechten Zeigefinger ist noch enger als am linken, er beginnt am vorderen Rand ziemlich breit, wird aber bald schmäler und hört an der Lunula, welche die oben erwähnte wulstige Erhöhung trägt, ganz auf, indem beide Nagelhälften sich über demselben vereinigen.

Im Gegensatze zu dem Falle D. E. finden sich in diesem aber auch flache, quere Wülste und Erhebungen an den beiden etwas kolbig angeschwollenen Mittelfinger, die übrigens im ganzen Bilde eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Während endlich dort die Nagelsubstanz an allen Kanten leicht abbröckelt, findet dieses hier lange nicht in dem Massstabe statt; dafür tritt an diesen Nägeln eine andere Erscheinung auf, nämlich oberflächliche, feine, fast lineare Exfoliationen, welche auf die Höhe der Längskanten und Leisten beschränkt sind. Dieselben sind übrigens nicht für diese Affection charakteristisch, da sie bei der gewöhnlichen Psoriasis ebenfalls häufig vorkommen, dort untermischt mit punktförmigen Substanzverlusten der Oberfläche. Sie sind an einigen Nägeln in grosser Zahl, an anderen wieder gar nicht vorhanden. Die Zehennägel zeigen ganz entsprechende Veränderungen, combinirt mit anderen, die auf Stiefeldruck zurückzuführen sind.

Das Charakteristische dieses Falles liegt in der gleichmässigen Ausprägung der schwächeren Erscheinungen an allen Fingern und Zehen in Form der Längskanten, weiter darin, dass die Längswülste nicht wie in dem Falle D. E. über das ganze Nagelbett hinwegziehen, sondern sich hauptsächlich auf den hintersten Theil desselben und die Lunula beschränken und dabei flacher sind, so dass sie gar nicht (mit Ausnahme des linken Zeigefingers) zu einer Spaltung, sondern blos zu einer Vortreibung des noch immer, wenn auch verdünnt über sie hinwegziehenden Nagels Veranlassung geben. Das schliessliche Aussehen der Nägel wird durch diese der Sache nach unbedeutenden Differenzen jedoch ein erheblich anderes, so dass erst die genaue Betrachtung der Längskanten, und besonders die Berücksichtigung des linken Zeigefingers, der seiner Zeit genau denselben Anblick darbot, wie der rechte Daumennagel im Falle D. E., Einen von der Identität der vorliegenden Affectionen überzeugt.

Der dritte Fall wurde von mir vor jetzt zwei Jahren zuerst



beobachtet. Ich versäumte damals, einen genauen Status aufzunehmen, was ich um so mehr bedauern muss, als in diesem Falle eine fast vollständige restitutio ad integrum eingetreten ist, wie mich eine kürzliche Untersuchung des Patienten belehrte. Es handelt sich um einen 68jährigen Herrn, geborener Brasilianer, welcher bereits seit Mitte der 50er Jahre in Hamburg lebt und in früherer Zeit an Hämorrhoidalbeschwerden und knotiger Gicht zu leiden hatte. Seit etwa 3 Jahren stellte sich eine venöse Stase der Hände und Füsse ein, die zu frostähnlich juckenden und brennenden Schmerzempfindungen Veranlassung gab; bald darauf zeigten sich blaurothe Flecken an der Nase und den Backenknochen. Als ich den Patienten zuerst sah, war die Spitze der Nase fast dunkelblau gefärbt, sowohl in der Wärme als in der Kälte; ebenso gefärbte, markgrosse Flecken bedeckten die vorspringendsten Partien der Wangengegend. Die Hände und besonders die Enden der Finger, ebenso die Zehen zeigten eine stark venöse Färbung, einige Fingerenden waren kolbig angeschwollen. Sämmtliche Nägel der Hände und Füsse waren mit stark erhabenen Längskanten und Wülsten besetzt, zwei oder noch mehr (die genaueren Daten sind weder mir noch dem Patienten erinnerlich) von vorne nach hinten gespalten in verschieden grosser Ausdehnung. Ich konnte bei einem der beiden Zeigefinger dasselbe flügelartige Aussehen der seitlichen Nagelreste, wie ich es bei dem vorigen Patienten schilderte, beobachten, indem auch hier die mittlere Gegend der Lunula von einem erhabenen Wulste besetzt war, der sich nach vorne bedeutend abflachte. Wie im Fall der Frau G. waren an den kolbigen Fingerenden auch die Nägel noch durch flache und breite Querfurchung ausgezeichnet und ebenso wie dort bevorzugten die Längswülste das hintere Nagelbett und die Lunulagegend im Gegensatze zum Falle D. E., welcher gerade durch die hohen Längswülste des vorderen Nagelbettes ein eigenthümliches Gepräge erhielt. Endlich zeichneten sich die Nägel hier noch durch eine papierähnliche Dünnheit aus, so dass sie am Rande leicht nach hinten umzubiegen waren.

Diese pathologischen Erscheinungen an den Nägeln, die Jahre bestanden hatten, wurden zugleich mit allen abnormen Circulationsphänomenen durch eine Reise und einen 14monatlichen Aufenthalt in Brasilien beseitigt. Ich habe kürzlich den Patienten



wieder gesehen und konnte die völlige Wiederherstellung der normalen Hautfarbe constatiren. Die Hände hatten natürliches Colorit, nur die Fingerenden und mit ihnen die Nägel waren noch etwas cyanotisch, ohne jedoch kolbig angeschwollen zu sein. Sämmtliche Nägel waren noch mit starken Längsrippen besetzt, aber eigentliche Wülste nirgends mehr vorhanden. An beiden Zeigefingern war noch eine Neigung zur Spaltung am vorderen Rande bemerkbar, sonst waren die Ränder glatt und die Nagelplatte im Ganzen bedeutend fester geworden.

Die einzige und letzte Andeutung der früher bestandenen Wülste zeigte sich am linken Zeigefinger in Gestalt einer leichten Erhebung an Stelle der Lunula und eines darüber hinlaufenden breiten Kammes, der die Naht der beiden Nagelhälften anzeigte, in der dieselben sich wieder vereinigt hatten. Auch die Zehennägel zeigten eine ähnliche spontane Wiederherstellung.

Der vierte Fall betrifft einen mir von Jugend auf bekannten Herrn von einigen 30 Jahren, welcher seit der Pubertät an chronischem Magenkatarrh und Obstipation leidet, sonst aber stets gesund war. Seine Nägel zeigen seit einigen Jahren die schwächeren Formen der Längskanten, hin und wieder schmale Längswülste mit Spaltungen der Nagelplatte.

Den fünften Fall sah ich bei dem oben erwähnten Photographengehilfen, konnte denselben jedoch nicht weiter beobachten. Er zeigte ebenfalls nur die schwächeren Formen der Onychopathie und behauptete sonst ganz gesund zu sein, führte dagegen sein Leiden auf die Beschäftigung mit scharfen Flüssigkeiten zurück, eine Aetiologie, die ich seitdem nicht zu bewahrheiten Gelegenheit hatte.

Wenn ich nun in Folgendem versuchen will, klinischerseits, so weit es ohne Unterstützung der anatomischen Untersuchung möglich ist, eine Charakteristik dieser Nagelaffection zu entwerfen, so muss ich zunächst betonen, dass die Fälle unter sich manche, jedoch nur geringgradige Unterschiede darboten. Das allen Gemeinsame war das Auftreten longitudinaler, die gewöhnlichen Längsrippen an Höhe bedeutend überragender Kanten und Wülste auf dem Nagelbette einerseits und die Verdünnung und das schliessliche Auseinanderweichen der Nagelplatte andererseits. Im ersten, vierten und fünften Falle waren dieses auch die einzigen Er-



scheinungen. Die Nägel waren hier sonst derb, flach und nur mässig cyanotisch. Im zweiten und dritten Falle dagegen waren die Nägel dünn, besonders im letzteren zeitweilig papierdünn und im Ganzen mehr convex gebogen, so dass sie fast an die bekannten Nägel der Phthisiker erinnerten, und besonders im dritten Falle stark cyanotisch. In den ersten Fällen fehlten die flachen Querfurchen, die in den im letzteren an einigen Nägeln vorhanden waren. Schliesslich litten im vierten und dritten Falle die Patienten an sogenanntem „Frost"; im zweiten war derselbe viele Jahre vorausgegangen und hatte mit dem höheren Alter nachgelassen, im dritten war derselbe erst im hohen Alter, vergleichsweise acut, aufgetreten und hatte sich bei einem Klimawechsel ebenso rasch und anscheinend dauernd gebessert. Es lagen hier also Combinationen der einfachen Longitudinalaffection des Nagelbettes mit bedeutender localer Cyanose oder sog. „Frost" vor. Es wäre aber nichts unrichtiger, als deshalb die erstere auch nur als Theilerscheinung von sog. „Frost" der Hände hinzustellen, wenn sie auch mit diesem Zustande eine gewisse Verwandtschaft haben mag. Unser nächstes Bedürfniss ist vor der Hand eine genaue Analyse auf die Gefahr grösserer Zersplitterung hin. Zudem ist der Begriff des sog. „Frostes" einer der schwächsten der heutigen Dermatologie, und sein Zusammenwerfen mit den acuten Erfrierungen in der Darstellung unserer besten Handbücher historisch ein Nothbehelf und heutzutage ein Anachronismus.

Es bedarf keiner bedeutenden Beobachtungsgabe, um zu bemerken, dass in den seltensten dieser Fälle die Frostbeulen die einzigen Zeichen gestörter Gefässinnervation sind, und dass weiter die directe Kälteeinwirkung als ätiologisches Moment unerwartet oft ganz in den Hintergrund tritt. Diese Gesammtstörung des Circulationsapparates mit dem Namen „Frost" zu bezeichnen, weil die Kälteeinwirkung die Rolle der wichtigsten Gelegenheitsursache spielt und eine typische Verschlimmerung dieser höchst chronischen Affection hervorruft, ist keinesfalls glücklich, und ich habe kürzlich erst bei Gelegenheit der Vorstellung eines mit sog. „Frost" behafteten Mädchens [1]), welchem mehrere Endphalangen

[1]) Dieses achtjährige Kind aus Schleswig wurde im October 1881 in meiner Klinik an einem geschwürigen Defect der letzten Phalangen des rechten 4. und linken 5. Fingers behandelt, der unter den Erscheinungen



durch diese trophische Störung im Laufe der Jahre verloren gegangen waren, auf diese Schwäche unserer dermaligen Systematik hingewiesen und hoffe, dass unsere trophoneurosenlustige Zeit sich dieser leichten Beute bald bemächtigen wird.

Mit dieser kurzen Abschweifung wünsche ich nur den Versuch vorweg abzuschneiden, unsere wohl charakterisirte Nagelaffection unter den wenig sagenden, aber sehr bequemen Begriff „Frost" zu rubriciren. Nach meinen bisherigen Erfahrungen concurriren bei dem letzten, wenn er zu Erkrankungen des Nagels führt, ziemlich verschiedene primäre Veränderungen der Nagelplatte (resp. — matrix) mit Alterationen des Nagelbettes. Auch hier kommen Längskanten und Spaltungen des Nagels vor, jedoch vorwiegend, wie es scheint, Querwülste und die Gestaltveränderungen der ganzen Fingerenden bedingen dabei in hohem Grade diejenigen der Nägel. Noch entfernter steht unserer Affection die phthisische Nagelkrümmung gegenüber. Mit beiden verbindet sie nur ein Moment, das der venösen Blutstauung.

Dieser Punkt ist für uns wichtig, weil in den mitgetheilten Krankengeschichten, soweit Anamnese und eine Kenntniss der Gesammtconstitution vorlag, Circulationsstörungen verschiedener Organe eine unverkennbare, bedeutende Rolle spielen. Im ersten Falle waren Lungenemphysem mit chronischer Bronchitis und Hämorrhoidalbeschwerden nebst Obstipationen seit langen Jahren vorhanden. Im zweiten Falle neben Frost der Hände, Füsse und des Gesichtes Nierenblutungen, Neigung zu Ekzem und Obstipation; im dritten Falle wieder eine als „Frost" rubricirte Blaufärbung der Hände, Füsse und hervorragendsten Theile des Gesichts und Hämorrhoidalbeschwerden; im vierten wiederum Obstipation bei chronischem Magenkatarrh.

Dass andererseits venöse Stasen auf die Configuration gerade der Fingerspitzen und besonders der Nägel von grossem Einflusse sind, ist nichts weniger als wunderbar, seitdem durch Hoyer[1])

gewöhnlichen, hochgradigen „Frostes" im Laufe von 5 Jahren ganz allmälig entstanden war. Der Fall wurde noch vor der definitiven Heilung der Affection, Anfang November, im ärztlichen Vereine zu Hamburg demonstrirt (siehe die betr. Verhandl. in der deutschen medicin. Wochenschrift).

[1]) Hoyer, Ueber unmittelbare Einmündung kleinster Arterien und Gefässäste venösen Charakters. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 13, p. 603.



eine directe Communication venöser und arterieller Bahnen in den Endphalangen der Finger und Zehen (beim Menschen gerade nur hier) nachgewiesen wurden[1]) und zwar gerade unterhalb des Nagelbettes. Die Rückstauung von dem venösen System aus wird also hier nicht abgeschwächt durch ein Capillargebiet, sondern setzt sich ungeschwächt in das arterielle fort. Bei chronischen Stasen sind mithin Ursachen zu abnormen, fürs erste freilich noch unbekannten Circulationsstörungen in genügendem Grade vorhanden.

Die verschiedenen Formen dieser „Stauungsonychien" sind nun charakteristisch genug und werden dereinst gewiss auf verschiedene anatomische Grundlagen zurückgeführt werden. Einzelnes lässt sich aber auch jetzt schon mit Sicherheit aussagen. Wo die venöse Stase die tieferen Gefässbezirke der Haut allein (z. B. durch Erweiterung dieser Gefässe) betrifft, wird das Nagelbett und in der Folge auch der Nagel seine Form derjenigen der ganzen Fingerkuppe accommodiren (phthisische Nägel), ohne in seinem Gefüge Veränderungen zu zeigen. Wo dagegen allein die oberflächlichen Gefässbezirke, also der Papillarkörper sammt Nagelbettleisten und Nagelmatrix betroffen sind, werden keine Totalkrümmungen des Nagels, wohl aber je nach dem vorwaltenden Sitze auf dem Nagelbett oder im Falze entweder einzelne Längswülste und Furchen mit partieller, secundärer Zerwerfung der Nagelplatte (vielleicht die uns beschäftigende Krankheit) oder primäre Degeneration und atrophische Processe der Nagelplatte (gewisse Fälle von sog. „Frost") gefunden werden.

Es ist also bei der besprochenen Gesammtconstitution der Patienten auf der einen Seite und der sicher constatirten Thatsache einer Deformation der ganzen Fingerenden durch einfache Stauungsprocesse auf der anderen die Möglichkeit in der That vorhanden, dass es sich bei unserer Nagelaffection allein um circumscripte Erkrankungen des Papillarkörpers des Nagelbettes auf der Basis venöser Stauung handelt, und dass sich dieselbe in gewissen Fällen (zweiter und dritter Fall) mit einer Erkrankung

[1]) Bei Thieren sind solche auch an den Ohren und constant an der Nasenspitze von demselben Forscher gefunden. Es wäre eine interessante Aufgabe zu untersuchen, ob in Fällen von Rosacea „Frost" der Nase und Backen etc. diese bei Thieren nachgewiesenen Communicationen auch vielleicht beim Menschen vorkommen.

tieferer Gefässbezirke combinirt. Während die vorgebildete Structur dieses Papillarkörpers, nämlich die Leistenform, das physiologische Paradigma für die so charakteristischen Längswülste abgibt, treten in diesen Fällen neben den Symptomen allgemeiner Cyanose und des „Frostes" an der umgebenden Fingerhaut, dann auch flache Querwülste der Nägel auf. Diese Querwülste sind etwas ganz Verschiedenes von den in meinen „Vorstudien" betrachteten Querwülsten und Furchen, die durch abwechselnde Aufrichtung und Niederlegung der Schichtungsebenen des Nagels hervorgerufen werden, und die ich unter dem Namen Defigurationen der Nagelplatte zusammenfasste, und ebenso verschieden von den bekannten Querriefen, welche Schwankungen in der Ernährung der ganzen Nagelmatrix entsprechen. Die hier erscheinenden Querabtheilungen des Nagels sind eigentlich nur partielle Anschwellungen des subungualen Gewebes, völlig analog den Totalkrümmungen des Nagels bei Phthisikern und dadurch unterschieden, dass die Anschwellungen hier auf gewisse Zonen des Nagels beschränkt sind. Statt der totalen Krümmung finden sich partielle Krümmungen mit dazwischen liegenden Einschnürungen, oder diese partiellen finden sich einer ausserdem vorhandenen totalen ausgesetzt und erzeugen dadurch das Bild von flachwelligen Erhebungen, von Wülsten des Nagels. Aber die eigentliche Nagelplatte ist überall von unveränderter Dicke und macht nur die Erhebungen des Nagelbettes mit, wozu natürlich eine gewisse Dünnheit der Nagelplatte erforderlich ist.

Ein Punkt ist nun noch zu erledigen, um per exclusionem den eigentlichen Herd der vorliegenden Erkrankung möglichst genau zu präcisiren. Es fragt sich, ob bei dem offenbaren Ergriffensein des Papillarkörpers des Nagelbettes nur die gefässtragenden Leisten durch Anschwellung sich betheiligen, oder ob eine epidermoidale Hypertrophie, also eine partielle Onychogryphose concurrirt. Ich glaube dieses letztere sicher ausschliessen zu können, da dort, wo durch Zurückweichen der Nagelplatte die Nagelbettwülste frei zu Tage treten, dieselben von einem mässig dünnen, glatten, roth durchscheinenden Hornstratum, aber keiner onychogryphotischen Masse bedeckt sind. Weiter mussten dort, wo die Längswülste nach hinten in den Falz reichen und das Gebiet der Lunula emporheben, die in der geraden Fortsetzung liegenden Epithelien



der Nagelmatrix sich auch wohl am Processe betheiligen, das heisst, es würden zu den secundären Veränderungen der Nagelplatten primäre hinzutreten[1]). Dieses ist aber, wie geschildert, nicht der Fall. Ob die Längswülste ganz vorne oder ganz hinten auftreten, immer führen sie nur zur Verdünnung und Atrophie der Nagelplatte; ein regionärer Unterschied besteht nur darin, dass die vorderen Wülste strenger longitudinal, d. h. schmäler sind, während die hinteren in der Gegend der Lunula (die ja bekanntlich keine Leisten trägt) sich auch mehr in die Breite ausdehnen und dadurch mehr das Aussehen einer Papel annehmen, wie man ja den analogen Process im Papillarkörper der übrigen Haut nennen würde. Aber erst die anatomische Untersuchung wird entscheiden können, ob es sich bei diesen papulösen Erhebungen wirklich um blosse Folgen von Stauung oder auch noch um entzündliche oder gar geschwulstbildende Elemente an den erkrankten Herden des Nagels handelt, wenn diese Voraussetzungen auch wenig Wahrscheinlichkeit für sich haben. Sicher haben wir diese Affection aber nicht zu den Epidermidosen oder Parakeratosen zu rechnen, da die Epithelveränderungen, insbesondere die Veränderungen der Nagelplatte, einen specifisch secundären Charakter tragen.

Nach den vorausgehenden Erörterungen möchte ich mithin die vorläufige Definition unserer Nagelerkrankung folgendermassen zusammenfassen: Sie tritt in umschriebenen Herden auf dem Nagelbett, besonders in dessen medianer Partie und in Form von Längswülsten auf, über welche die Nagelsubstanz vorerst in Kanten aufgeworfen, aber sonst intact hinwegzieht, sodann allmälig partiell atrophirt und die Wülste zu Tage treten lässt; sie entwickelt sich äusserst chronisch auf der Basis venöser Blutstauung, unterliegt unter Umständen auch spontanen Besserungen und Heilungen, während sie localer Medication wenig zugänglich ist, und verbindet sich zuweilen mit den Symptomen tieferer venöser Stauung der ganzen Fingerenden.

[1]) Siehe meine „Vorstudien“ §. 3.

Erklärung des Holzschnittes.

Die Fingernägel des Falles D. E. nach einer photograph. Aufnahme am 14. November 1879 und einer aquarellirten Tuschzeichnung.

Rechte Hand:

Daumen: Höchste Ausbildung des Wulstes (w), dessen Hornschicht mit der des Fingerrückens verschmilzt und eine keloidähnliche Neubildung vortäuscht, welche den Nagel in zwei seitliche Hälften (n) theilt. Die letzteren sind vom Pat. soweit wie möglich beschnitten, weshalb unter ihrem vorderen Rande Hornschicht des Nagelbettes hervorsieht. Sich selbst überlassen würden sie sich etwa bei x kreuzen.

Zeigefinger: normal, mit gutgeformter Lunula und mehreren schwachen Längsrippen.

Mittelfinger: mittlere Stärke eines Wulstes.

Ringfinger: hoher Grad der Wulstbildung (w) auf dem vorderen Theil des Nagels. Dieselbe ist hier aus zwei parallelen Wülsten zusammengeflossen, die eine tiefe Furche zwischen sich lassen; Lunula undeutlich.

Kleiner Finger: ganz schwacher Wulst.

Linke Hand:

Kleiner Finger: schwacher Wulst, bis in den Falz reichend.

Ringfinger: bei w Andeutung eines früheren, jetzt verschwindenden Wulstes.

Mittelfinger: starker Längswulst, nach links allmälig, nach rechts in tiefer Furche zum übrigen Nagel abfallend.

Zeigefinger } normal, mit gut vorspringenden Möndchen und verschiedenen Längsrippen.
Daumen }



Ueber einen seltenen Fall von Liodermia syphilitica.

Von

Dr. E. Finger,
Assistenten an der Wiener Universitäts-Klinik für Syphilis.

(Hiezu Tafel I und II.)

Als Liodermie bezeichnet Auspitz (System der Hautkrankheiten) eine eigenthümliche Veränderung der Haut, hervorgerufen dadurch, dass durch Atrophie und Schrumpfung des Bindegewebslagers eine pergamentartige Trockenheit, Glätte und Straffheit, sowie gleichzeitige Verdünnung der Haut bewirkt wird.

Auspitz unterscheidet zwei Formen dieser Erkrankung, deren erste, durch Nerveneinfluss bedingte, in der dritten Classe seines Systemes unter den neuritischen Dermatosen Platz findet, während ähnliche idiopathische Formen als „Liodermia essentialis", in die achte Classe, jene der Chorioblastosen, eingereiht sind. Letztere äusserst seltene und noch nicht genauer gekannte Formen stimmen mit der „Xerodermia" (Neumann und Kaposi), der „general atrophy of the skin" (Wilson) und E. W. Taylor's „Angioma pigmentosum et atrophicum" überein.

In Folgendem erlaube ich mir nun einen Fall von Hauterkrankung mitzutheilen, für den ich auch die Bezeichnung Liodermia vorschlagen möchte, in welchem die Hautveränderungen in nachweisbarem Zusammenhange mit Syphilis standen.

Die 42jährige Magd P. L. wurde am 16. April 1881 auf dem Weiberzimmer der Klinik für Syphilis (Z.-Nr. 76 des k. k. allgem. Krankenhauses) aufgenommen. Patientin gibt an, sie habe im Anfange der Siebziger Jahre (1871/72) an Geschwüren am Genitale gelitten, die privat, zunächst local und beim Ausbruche eines Exanthems angeblich mit Mercurialpillen behandelt und, so



wie dieses, geheilt wurden. Im J. 1877 hatte Patientin Geschwüre an den Schienbeinen, die von heftigen, besonders nächtlichen Schmerzen begleitet waren, die jedoch unter alleiniger Anwendung von Hausmitteln schwanden. Im J. 1868 gebar Patientin einen kräftigen Knaben, der noch lebt und stets gesund gewesen sein soll; sonst will Patientin nie gravid gewesen sein. Menstruation und die übrigen Körperfunctionen sollen stets regelmässig, Pat. nie anderweitig krank gewesen sein. Die gegenwärtige Erkrankung der Haut soll nun schon nahezu 6—8 Jahre bestehen, ohne dass sich Pat. bisher entschloss, sich behandeln zu lassen.

Die Untersuchung der kräftig gebauten, gut genährten Pat., die sich eines blühenden Aussehens erfreut, ergibt: am Genitale ausser einem leichten Fluor nichts Abnormes. Die tastbaren Lymphdrüsen sind multipel indolent geschwellt und erreichen Erbsen- bis Haselnussgrösse. Die Schienbeine sind an ihren freien Flächen deutlich verbreitert, die Oberfläche derselben stellenweise höckerig. In der Mitte der linken Tibia findet sich eine strahlige, rundliche, 5—6 Ctm. im Durchmesser betragende, eingezogene Narbe, die mit dem unterliegenden, verdickten Knochen innig verwachsen ist.

Die Haut des ganzen Rückens (Tafel I), vom ersten Brust- bis zum zweiten Lendenwirbel, seitlich bis an die vordere Axillarlinie und vorne über beide Schultern bis in die Mitte der äusseren Fläche beider Oberarme ist in höchst auffälliger Weise verändert.

Die in dieser Ausdehnung erkrankte Hautpartie ist zunächst gegen die anstossenden gesunden Partien durch scharf markirte, lappige und bogenförmige Contouren genau abgegrenzt, deren Concavität nach Innen, gegen die erkrankte Haut sieht.

Noch auffälliger wird diese Grenze dadurch, dass der äusserste Rand dieses Contours überall eine tief kupferrothe Färbung zeigt und dass endlich die ganze erkrankte Hautpartie etwa 1—1,5 Mm. unter dem Niveau der übrigen gesunden Haut liegt, wie man dies am Rande selbst am deutlichsten wahrnehmen kann.

Diese ganze begrenzte Hautpartie bietet nun Veränderungen dar, die im Wesentlichen die Farbe, den Glanz, die Dicke der Haut betreffen, während auffällige entzündliche und plastische Veränderungen fehlen.



Was nun zunächst die Veränderungen der Farbe betrifft, so kann man, vom Rande nach innen schreitend, wahrnehmen, dass an den nach Aussen scharf abgesetzten, etwa 0,5 Ctm. breiten, kupferbraunen Rand sich eine Zone anschliesst, die von Aussen gegen die Mitte alle Uebergänge von livid und kupferbraun bis zur Farbe des normalen Incarnates darbietet. Inseln von der Farbe der normalen Haut sind jedoch in dem erkrankten Gebiete nur spärlich vertreten, indem die Haut daselbst auch wieder in rundlichen und lappigen, in einander fliessenden Contouren alle jene Nuancen von Kupferfarbe bis zum schwächsten Roth darbietet; alle diese Farben werden durch Druck nur unmerklich verändert, dürften also sicher nicht auf Hyperämie, sondern auf Infiltration beruhen.

Die ganze Hautpartie sticht von der Umgebung jedoch nicht nur durch die veränderte Farbe, sondern auch durch ihren viel geringeren Glanz ab.

Dieser Mangel an Glanz ist dadurch bedingt, dass die Haut nicht glatt und gespannt über die unterliegenden Gewebe hinzieht, sondern in eine Unzahl kleinster Runzeln und Fältchen gelegt ist, die sich durch Spannung nur zum kleinsten Theil ausgleichen lassen, also nicht etwa auf einem passiven Schlotterigwerden der Haut, sondern auf activer Schrumpfung derselben beruhen. Der Glanz der betreffenden Hautpartie ist aber ausserdem dadurch vermindert, dass die Function der Talgdrüsen fast vollkommen aufgehoben ist, ein Befund, dem auch das trockene, lederartige Anfühlen der betroffenen Stellen gegenüber der sammtweichen, glatten, gesunden Haut zuzuschreiben ist. Versetzt man die Haut der Patientin auf geeignete Weise in Perspiration, so wird man keine entsprechende Veränderung der erkrankten Partie, kein Tröpfchen Schweiss auf derselben wahrnehmen: sie behält im Gegentheil ihre trockene Oberfläche, da neben den Talg- auch die Schweissdrüsen nicht functioniren.

Auch die Dicke der erkrankten Haut ist vermindert, wie man sich durch Heben einer Falte überzeugen kann.

Plastische Veränderungen der Oberfläche selbst, wie Knötchen- und Knotenbildung, ebenso entzündliche Erkrankungen, als Excoriationen, Geschwüre, sind an dem grössten Theil der erkrankten

Haut nicht zu constatiren, die Epidermisdecke derselben ist intact und nur hie und da, meist an den Stellen der intensivsten Kupferfarbe ist eine Abstossung der obersten Epidermislamellen in Form kleiner, meist kleienförmiger Schüppchen wahrnehmbar.

Nur an einigen Stellen, und zwar ganz symmetrisch über beiden Schultern und Schulterblättern finden sich theils oberflächliche, zerfallende Geschwüre, theils derbe, strahlige, keloidartige Narben, die Patientin selbst auf die Irritation durch die Achselbänder und den Rand des Mieders zurückführt, die also nicht durch den Process selbst bedingt sind. Auch verheilten diese Geschwüre sehr rasch, ohne dass es weiter zu neuem Zerfall und frischer Ulceration gekommen wäre. Der Krankheitsprocess selbst schritt indess in der ersten Zeit des Spitalsaufenthaltes weiter, was sich dadurch manifestirte, dass der kupferfarbige scharfe Rand gegen die gesunde Haut hin sich verbreiterte, die davon nach innen gelegenen Partien auch bald einsanken und dünner wurden, sowie die Farbe allmälig von Kupferbraun bis Rosaroth überging.

Ein Plaque ähnlich veränderter Haut befindet sich auch am linken Ellbogengelenk.

Endlich fanden wir über dem Kreuzbein eine nahezu handtellergrosse, scharf kreisrunde Fläche, in deren Ausdehnung die Haut äusserst dünn, ihrer Unterlage fest aufsitzend, trocken und glatt gespannt ist, aber auch durch ihre hellweisse Farbe, den Mangel jeden Pigments auffällt. Während der Spitalsbehandlung nahm auch die früher erkrankte Hautpartie dieselbe Beschaffenheit an, indem sie vom Centrum gegen die Peripherie allmälig abblasste, sich verdünnte, wobei jedoch die schroffen Niveauunterschiede, die zwischen gesunder und kranker Haut früher bestanden hatten, sich allmälig ausglichen. In der so schrumpfenden und erblassenden Haut traten nun nach Schwund der tief kupferfarbigen Infiltration in der blassrosenrothen Umgebung zunächst sehr schön dendritisch verzweigte, meist nur mit der Loupe sichtbare Gefässramificationen auf, die durch die dünne Epidermisdecke deutlich durchschimmerten. Jedoch auch diese verloren sich mit der Zunahme der Schrumpfung, so dass die Haut endlich ganz blass, ja in Folge des Pigmentmangels viel weisser erschien, als die umgebende Haut.

Dieser letzte Zustand blieb nun persistent und konnte von uns füglich als Ausgang des ganzen Processes angesehen werden.

Wir konnten diese ganze Erkrankung der Haut schon makroskopisch als einen chronischen, diffusen, schubweise auftretenden Infiltrationsprocess in Cutis und subcutanem Gewebe ansehen, der die Epidermis intact liess und nur durch die in seinem Gefolge auftretende Schrumpfung zu Verdünnung der Haut, Faltung der Epidermis führte.

Da das seltene Krankheitsbild eine genaue Kenntniss des Processes wünschenswerth erscheinen liess, nahm ich an der äusseren Seite des rechten Oberarmes, gerade an der Grenze der Erkrankung die Excision eines Hautlappens vor, der theils noch der gesunden, theils bereits der erkrankten Haut entnommen wurde.

Auf Taf. II, Fig. 2 ist ein Schnitt durch die grösste Länge des exscindirten Lappens bei schwacher Vergrösserung dargestellt.

Das erste, was uns bei oberflächlichster Betrachtung der Figur 2 auffallen wird, ist die bedeutende Verschmächtigung der erkrankten (*BC*) gegenüber der gesunden Haut (*AC*).

Wenn wir nun unser Präparat schrittweise vom gesunden ins kranke Gewebe (von *A* nach *B*) durchmustern, werden wir vier Phasen des Processes constatiren können, die am Präparate räumlich, in der Natur somit auch zeitlich auf einander folgen, deren Uebergang in einander, kein schroffer, sondern ein allmählicher, wohl zu erkennen ist.

I. Schreiten wir von der gesunden Haut (*A*) mit ihren Haarbälgen, Talgdrüsen, der wohl entwickelten Epidermis, Rete Malpighii und Cutis gegen *B* vor, so wird das erste pathische Symptom eine leichte perivasculäre Infiltration (bei *a*) sein.

Wir werden wahrnehmen, dass in der sonst ganz normalen Cutis Gefässchen auftreten, um deren Lumen herum bald grössere, bald kleinere, auf dem Durchschnitt spindelförmige oder rundliche Infiltrate sichtbar sind. Diese Infiltrate, die von einander noch durch breite Züge normalen Bindegewebes getrennt sind, bestehen aus kleinen Zellen vom Typus der Granulationszelle. Am Gefässe selbst werden wir nichts Pathologisches, es sei denn eine leichte Blähung der Endothelzellen bemerken. Die Gefässe in den tiefsten Schichten der Cutis sind die ersten, die dieses perivasculäre Infiltrat darbieten. Je näher gegen *C*, desto reichlicher werden diese Infiltrate, desto grösser werden sie, indem sie sich stets längs den Fasern des Bindegewebes ausbreiten und von zwei Gefässen



ausgehende Infiltrate sich bereits hie und da die Hand reichen. Die Infiltrate entwickeln sich nun aber nicht nur in den tiefsten Cutisschichten, es werden auch oberflächlichere Gefässe von denselben eingeschlossen, ja es finden sich bereits auch mässige Infiltrate um das Gefäss einer oder der anderen Papille, die auf Längsschnitten zu beiden Seiten der Gefässwand als eine überall fast gleich breite, nach Innen, dem Gefässe zu dichtere Zone erscheinen, auf Querschnitten eine spindelförmige Gestalt haben. Durch peripheres Vorschreiten der von den Gefässen ausgehenden Infiltrate wird es jedoch bald, zunächst auch wieder in den tiefsten Schichten der Cutis, zu Confluenz derselben kommen, so dass letztere dann ganz von diesem Infiltrate erfüllt sind, welches aus Granulationszellen besteht, die Zelle an Zelle zwischen den auseinander gedrängten und verschmächtigten Bindegewebsfasern ihr Lager aufgeschlagen haben, Schweiss- und Talgdrüsen, Haarbälge und Gefässe umgeben und stellenweise so dicht angeordnet sind, dass jede andere Structur verschwindet.

II. Gehen wir einen Schritt weiter, nach *b*, so werden wir finden, dass dieses dichte, von unten aufsteigende Infiltrat bereits die ganze Cutis durchsetzt hat, in der ganzen Dicke derselben nur mehr Granulationszellen, deren faseriges Reticulum und hie und da Gefässe wahrzunehmen sind. In den periphersten Cutisschichten, den Papillen, hat das von dem centralen Gefässe ausgehende Infiltrat um diese Zeit auch den gleichen Fortschritt gemacht, vereinigt sich nach unten zu mit den von der Tiefe vorrückenden Zellen, während es andererseits die Papillen durchsetzt. Diese sind in Folge dessen voluminöser, unförmlich und das Rete zwischen ihnen ist verschmächtigt.

In diesem Stadium hat also das vorwiegend von unten aufsteigende perivasculäre Infiltrat die ganze Cutis, Corium und Corpus papillare durchsetzt und ist überall an der Grenze der Epidermis angelangt, das Rete Malpighii hatte aber bisher nur insoferne gelitten, als durch Volumszunahme der infiltrirten Papillen ein Druck auf dasselbe stattfand.

Schreiten wir ein wenig weiter gegen *B* vor, so werden wir noch etwas Weiteres constatiren können. Stellen wir unser Präparat so ein, dass die Zone der stärksten Infiltration (*b*) unter das Objectiv zu liegen kommt, und durchmustern wir die Cutis von



unten nach oben, so finden wir sie von Granulationszellen dicht durchsetzt, stellen wir nun aber den Papillarkörper und das Rete ein, so werden wir finden, dass das Infiltrat einen directen Angriff auf die Epidermis unternimmt, wir werden (Fig. 3) sehen, wie Infiltrationszellen von den Papillen aus sich überall zwischen die Retezellen einschieben, die tiefsten Partien des Rete so dicht anfüllen, dass dessen Zellen stellenweise ganz verschwinden, dass aber manche Infiltrationszelle knapp bis an die Hornschichte vorgeschoben wird. Active Vorgänge der Retezellen sind nirgends wahrzunehmen, überall bekundet das Infiltrat seine Herkunft aus dem Papillarkörper dadurch, dass es in einer von diesem aus gegen die Peripherie abnehmenden Dichtigkeit das Rete durchsetzt. Die Folge nun aber ist, dass nicht nur die unteren Cutisschichten, sondern Corium, Corpus papillare und die unteren Schichten des Rete dicht mit Granulationszellen erfüllt sind und über diesem compacten, keine weitere Differentiirung gestattenden Infiltrate die oberen, relativ intacten Reteschichten, sowie die Hornschichte der Epidermis glatt hinwegziehen, also durch das Infiltrat eine auffallende Verschmächtigung der Epidermis bedingt wurde, wie wir dies auf Fig. 2 über *b* sehen können.

III. Die Veränderungen, die wir bisher sahen, waren alle progressiver Natur, wir waren bisher in der Lage, das Infiltrat von seinen ersten Anfängen um die tiefliegenden Gefässe der Cutis soweit verfolgen zu können, dass es endlich die ganze Cutis und die untersten Epidermisschichten durchsetzt hat, womit der Process auf seiner Acme angelangt ist. Die nun folgenden Bilder entsprechen alle den regressiven Veränderungen des Infiltrats.

Rücken wir unser Präparat weiter, so werden wir sehen, dass in den nächsten gegen *B* hin liegenden Gesichtsfeldern die Dichte des Infiltrates allmählich wieder abnimmt, viele Infiltrationszellen die rundliche Gestalt von Granulationszellen verlieren, sich strecken und Spindelform annehmen, sich den Balken des Reticulum anlegen, dass dieses selbst wieder an Breite gewinnt. Auch aus den untersten Lagen der Schleimschichte schwindet das Infiltrat, und ist in Folge dessen eine Verbreiterung der Epidermisdecke sehr bald und constant wahrzunehmen, wenn auch die Restitution nicht so vollständig ist, dass auch das Rete Malpighii selbst zwischen den Coriumpapillen wiederhergestellt würde, viel-



mehr Cutis und Epidermis fürderhin nur mehr in einer geraden, nirgends durch wellenförmige Contouren unterbrochenen Linie an einander grenzen. In dieser Phase aber, wo das Infiltrat wieder geringer wird, treten neue Veränderungen im Gewebe auf. Sowohl auf dem Uebersichtsschnitte (Fig. 2*c*) bei schwacher Vergrösserung, als besonders bei stärkerer Vergrösserung (Fig. 4) wird man in diesem Theile des Präparates eine Menge Hohlräume zwischen dem mässig infiltrirten Bindegewebe gewahren, deren einige (*aa*) sich sicher als Blut- und Lymphgefässe und aus solchen hervorgegangen präsentiren, wie die cylindrische Form und der deutliche Belag von Endothelzellen beweist, deren andere aber (*bb*) eine ganz unregelmässige Form haben, von Bindegewebszügen begrenzt, aber von keinem Endothel ausgekleidet sind, also wohl nur als nicht präformirte Spalten und Lücken im auseinander gedrängten Cutisgewebe anzusehen wären.

IV. Je weiter gegen *B* wir bei Verschiebung des Präparates gelangen, desto mehr schwindet das Infiltrat, so dass endlich bei *d* die Bindegewebsbündel relativ frei und nur die Gefässe von einem leichten Infiltrate umgeben sind. Die Bindegewebsbündel der Cutis selbst aber, die, wenn sie das erste Mal zwischen dem abnehmenden Infiltrate wieder erscheinen, zart, locker und wellig sind, gehen gegen *B* hin eine Metamorphose ein, indem sie immer derber, gerader und fester werden, also die Charaktere alten schrumpfenden Bindegewebes annehmen. Je weiter gegen *B*, desto mehr schwinden aber auch die oben geschilderten Blut- und Lymphgefässectasien, sowie die anderen Spalträume im Bindegewebe, so dass wir endlich bei *B* nur mehr ein derbes, geschrumpftes Cutisgewebe vor uns haben, das nur wenige normale oder von einem leichten Infiltrate umgebene Gefässe einschliesst, keine Papillen bildet und von einem, im Vergleich zur Norm verdünnten und gerade verlaufenden Epithelsaum gedeckt ist.

Nachdem nun diese Bilder und ihre Uebergänge in einander sicherlich verschiedenen zeitlich auf einander folgenden Phasen des Processes entsprechen, sind wir in der Lage, uns von den Vorgängen in der Haut eine genaue Vorstellung zu verschaffen.

Wir haben es in diesem Falle mit einem diffusen, chronischen Infiltrationsprocesse der Cutis zu thun. Zunächst in den tiefsten, bald aber in allen Schichten der Cutis, ja bis auf die

untersten Reteschichten übergreifend, tritt, ausgehend von den Gefässen, eine dichte Infiltration auf. In dem Infiltrate selbst gehen die eingeschlossenen Retezellen grösstentheils, aber ebenso sicher Schweiss- und Talg-Drüsen zu Grunde. Dieser Phase des Processes entspricht das makroskopisch wahrnehmbare tief kupferrothe Infiltrat überall am Rande, aber auch inselweise im Centrum der erkrankten Partien. Das Infiltrat selbst hat jedoch keine lange Lebensdauer, es macht regressive Metamorphosen, indem ein Theil der Zellen wahrscheinlich in den Kreislauf gelangt, die übrigen aber, wie alle Granulationszellen, sich in Spindelzellen und bald in Bindegewebe umwandeln und so im Vereine mit dem unter der Form des Reticulum des Infiltrates zurückgebliebenen alten Cutisgewebe das Substrat zu einem neuen Cutislager liefern, das aber in Folge seiner Provenienz aus Granulationszellen eine bedeutende Tendenz zur Schrumpfung hat. Minder klar sind die in diesem neu entstandenen Cutisgewebe auftretenden Gefässectasien und Spalträume. Erstere, soweit sie auf Blutgefässectasie beruhen, sind auch mit der Loupe in den vom kupferfarbigen Infiltrate nach Innen gelegenen, verschiedene Nuancen Roth darbietenden Partien zu sehen. Am plausibelsten ist wohl die Annahme, dass die Spalträume im Bindegewebe einem Oedem ihre Entstehung verdanken und dass sowohl die Auseinanderdrängung der Bindegewebsbündel durch austretendes Serum, als die Gefässectasien dadurch entstehen, dass durch das periphere, dichte Infiltrat Compression der Cutispapillaren mit Rückstauung des Blutes erfolgte.

Je weiter nach Innen, je entfernter also vom peripheren Infiltrate, desto geringer werden die Circulationsstörungen sein, daher Oedem und Gefässectasien um so leichter schwinden, als das je ältere, desto mehr schrumpfende Cutisgewebe Compression der Gefässe und damit, da auch die Epidermis verdünnt und die untersten Reteschichten zerstört sind, Schrumpfung und jenes weisse pigmentlose Aussehen der Haut erzielen wird, wie wir es als Ausgang des Processes schilderten.

Würde der ganze Process die Haut nur einmal befallen, so müssten wir innerhalb des Ringes frischer Infiltration überall eine atrophische pigmentlose weisse Haut vorfinden. Dies findet jedoch in unserem Falle nicht statt. Es kommt vielmehr, wie wir aus



den verschiedenen Phasen der Erkrankung an verschiedenen Stellen im Inneren der erkrankten Haut und ganz frischen Infiltraten in Mitten der bereits durch frühere abgelaufene Infiltrate veränderten Partien erschliessen können, zu Nachschüben, die, mögen sie die gesunde oder die bereits durch vorherige Erkrankung destruirte und atrophirte Cutis betreffen, stets denselben Verlauf nehmen, natürlich aber schon früher erkrankte Theile durch Cumulirung der Wirkung der einzelnen Recidiven noch bedeutender verändern werden.

Ueber den Verlauf des Processes ist nicht viel zu berichten. Nachdem der Process in den ersten Wochen des Spitalsaufenthaltes, wie oben geschildert, peripher weiter geschritten war, kam es auf die Darreichung grosser Dosen Jodkali (3,0—4,0 pro die) zunächst zum Stillstand, worauf dann die erkrankten Partien unter Anwendung von 25 Einreibungen à 3,0 Ungt. cinerei und weiterer Darreichung von Jodkali durch regressive Metamorphose des Infiltrates erblassten und schrumpften und am Entlassungstage (9. October 1881) fast überall das weisse atrophische Aussehen, und nur hie und da noch blassrothe Tinten darboten.

Wir haben es also in diesem Falle mit einem Processe zu thun, dessen Ausgang, dessen endliche Veränderungen jenes Bild darbieten, das wir als Liodermie mit Auspitz bezeichnen wollen. Die Anamnese, insbesondere aber die durch eine antisyphilitische Therapie bewirkte Sistirung des Processes berechtigt uns, die Syphilis als Veranlasserin desselben anzusprechen, ihn als „Liodermia syphilitica" zu bezeichnen. Der Phase nach gehört der Process in die späte oder tertiäre Periode, und wir müssen ihn jenen Veränderungen anreihen, die Virchow als die irritativen bezeichnet, und ihn in Analogie setzen mit dem Typus irritativer syphilitischer Formen, der syphilitischen Lebercirrhose, mit der auch unsere Hauterkrankung, die wir füglich auch als syphilitische Hautcirrhose anzusehen berechtigt sind, denselben Verlauf, dasselbe pathische Substrat gemein hat.

Wien, im September 1881.





Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis, Heft I. Jahrg. 1882.
Taf. I.
Fig. 1.

Mittheilungen aus der Klinik des Prof. Pick in Prag.

I.

Zur Aetiologie des Lupus vulgaris

von

Dr. R. W. Raudnitz.

(Hiezu Tafel III.)

Die vorliegende Zusammenstellung wurde in der Absicht begonnen, speciell für die Provinz Böhmen zu untersuchen, ob sich einerseits eine bei oberflächlicher Betrachtung wahrschein liche geographische Abgrenzung des Lupus ermitteln lasse, ob andererseits einer der beiden Volksstämme für diese Erkrankung mehr Disposition zeige als der andere. Nachdem aber die bisherige Ermittlung der statistischen Verhältnisse bei Lupus wie sie in den Krankenhausberichten und den auf denselben fussenden Zusammenstellungen gegeben wurde, an dem bei der Kleinheit der Gesammtziffer um so schwerer wiegenden Fehler leidet, dass nämlich die wiederholten Recidive mit allen ihren Factoren das Resultat nach verschiedenen Richtungen hin fälschen, so erschien mir eine Ausdehnung der Arbeit auch auf die übrigen Verhältnisse dieser Erkrankung um so dankenswerther, als sie vielleicht zur Beleuchtung der wieder belebten Streitfrage dienen konnte, inwieweit sich Beziehungen zwischen Lupus und Scrofulose finden lassen. Als Grundlage meiner Untersuchung dienten 209 Fälle der Klinik des Herrn Prof. Pick, vom Mai 1873 bis Anfang October 1881, wovon an 40 blos ambulatorisch behandelt worden waren; über 50 Fälle haben drei- und mehrmalige Recidive an der Klinik selbst durchgemacht, während eine bei Weitem grössere Anzahl zu den steten Besuchern des Ambulatoriums gehört. Aus dieser Verbindung der Kranken mit der Klinik ergab sich auch die Sicherstellung verschiedener anamnestischer Verhältnisse, die bei der ersten Auf-



nahme des Patienten gar nicht oder nur ungenau eruirt werden konnten.

Das numerische Verhältniss des Lupus zu den übrigen Hauterkrankungen hierlands und anderwärts zu vergleichen, glaubten wir sowohl deshalb unterlassen zu dürfen, weil ja auch hier die oben gedachte Fehlerquelle der Recidiven ins Gewicht fällt, aber auch mit Rücksicht auf den Umstand, dass unter dem Begriffe der Hauterkrankungen auch solche Affectionen mit einbezogen werden, die keinesfalls mit dem Lupus zu vergleichen sind. So sind beispielsweise unter 1794 Hautkranken des Wiener Krankenhauses im Jahre 1873 146 Pediculosis, 228 Syphilis, 322 Scabies und 336 Variola. Erst nach Ausscheidung dieser (1032 Fälle) und ähnlicher Affectionen wäre mit Berücksichtigung des Ausschlusses der Recidive ein Vergleich gestattet. Uebrigens wird sich das numerische Verhältniss für die hiesige Klinik aus den, nach Angaben des Herrn Prof. Pick, in ähnlicher Weise abzufassenden Berichten über andere Dermatosen ergeben.

I. Geschlecht.

Von 209 Lupuskranken waren 78 männlichen und 131 weiblichen Geschlechts — 37·3 Procent und 62·7 Procent —, doch bleibt dieses Verhältniss nicht für alle Beziehungen ein constantes. Was nämlich die Zeit des ersten Auftretens der Affection betrifft, so sind im ersten Quinquennium beide Geschlechter gleich stark vertreten, im zweiten überwiegt das männliche, während von da an das weibliche präponderirt. Das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes in der Gesammtheit der Fälle kommt also dadurch zu Stande, dass dasselbe mit Beginn der Geschlechtsreife ein grösseres Contingent stellt. Was den Ausgangspunkt des Leidens betrifft, so sind Nase, innerer Augenwinkel und Lippe vom weiblichen Geschlechte besonders bevorzugt. Von 78 Kranken, bei denen sich das primäre Auftreten an diesen Stellen nachweisen liess, kommen 74·4 Proc. auf das weibliche, 25·6 Proc. auf das männliche Geschlecht. Hingegen ergaben sich bei derselben Berechnung für die Wange: 53·5 Proc. Weiber, 46·5 Proc. Männer; für Stamm und Extremitäten: 58·0 Proc. Weiber, 42·0 Proc. Männer.



II. Zeit des ersten Auftretens.

Jahre	Männer	Weiber	Summe	Procentsatz
0— 5	11	11	22	11·1
5—10	**20**	12	32	16·2
10—15	16	**30**	**46**	**23·3**
15—20	10	25	35	17·7
20—25	9	14	23	11·6
25—30	1	7	8	4·0
30—35	3	8	11	5·6
35—40	3	7	10	5·0
40—45	1	1	2	1·0
45—50	1	3	4	2·0
50—55	1	1	2	1·0
55—60	0	3	3	1·5

Bei 11 Patienten waren die Mittheilungen bezüglich dieses Punktes sehr mangelhaft, oder es ergab sich aus dem Vorhandensein von Narben, dass die Affection früher begonnen habe, als der Kranke angab; doch liess sich bei mehreren von diesen das erste Auftreten mit grosser Wahrscheinlichkeit in das dritte Quinquennium zurücklegen, so dass die Bedeutung der obigen Zusammenstellung noch weitere Stützen erhält.

Aber auch rücksichtlich der Beziehung zwischen der Zeit des ersten Auftretens und der Primärlocalität ergab sich manches interessante Verhältniss. So zeigte es sich, dass die Primäraffection an der Wange am häufigsten in den ersten zwei Quinquennien auftritt, während von da an ihre Häufigkeit stetig sinkt. An Nase, innerem Augenwinkel und Lippe tritt der Lupus, wie schon Hueter bemerkt, primär im ersten Quinquennium gar nicht, im zweiten nur selten auf, die grösste Häufigkeit zeigt er vielmehr vom 10. bis 20. Jahre, worauf diese wieder allmälig sinkt. Eine Uebersicht über das gedachte Verhältniss gibt nachstehende Tabelle:

Jahre	Nase etc.	Wange	Rumpf, Extr.	Kinn, Hals
0— 5	0	11	11 (7M.4W.)	0
5—10	5	**12** (8M.4W.)	9	5 (4M.1W.)
10—15	**21** (17W.4M.)	9	**12** (8W.4M.)	3
15—20	**21** (15W.6M.)	7	1	4

Jahre	Nase etc.	Wange	Rumpf, Extr.	Kinn, Hals
20—25	8	6	7	1
25—30	6	1	1	0
30—35	6	2	2	2
35—40	2	1	5	0
40—45	2	0	0	0
45—50	2	2	0	0
50—55	0	2	0	0
55—60	1	1	1	0

III. Primärlocalität.

Nachdem die Beziehungen derselben zu Geschlecht und der Zeit des ersten Auftretens bereits besprochen wurden, erübrigt uns nur noch, die Primärlocalität detaillirter ins Auge zu fassen. Es erhellt aus unseren Zusammenstellungen, dass als Ausgangspunkt des Lupus angegeben wurde: Nase (ohne nähere Bezeichnung) 40mal, Nasenflügel 10mal, innerer Augenwinkel 8mal, Nasenrücken 6mal, Nasenschleimhaut und Nasenspitze je 4mal, Nasolabialfalte und Mundwinkel je 2mal, Ober- und Unterlippe je 1mal. Ebenso ergaben sich für Wange 56 Fälle, Stirne und Ohr je 2, Hals 12, Kinn 3, Schulter 1, Oberarm 4, Vorderarm 5, Hand 16, Rumpf (Herzgegend) 1, Gesäss 1, Oberschenkel 7, Unterschenkel 3, Fuss 12. Die Schleimhaut des Pharynx musste in einem Falle als Primärlocalität betrachtet werden, für 5 Fälle konnte der Ausgangspunkt nicht sicher eruirt werden. Eine Berechnung ergibt, dass Lupus zuerst aufgetreten ist an Nase, innerem Augenwinkel und Lippe in 38·2 Proc., an der Wange in 27·4 Proc. und an Rumpf und Extremitäten in 24·5 Proc. der primär zu localisirenden Fälle.

IV. Beziehung zur Scrofulose.

Wir haben als Scrofulose jene Fälle aufgefasst, in denen die Combination von recidivirenden Katarrhen der Respirationswege mit denen des Auges, des Ohres oder mit Drüsenschwellungen vor Auftreten des Lupus angegeben war, so dass wir jedenfalls eher zu viel als zu wenig Scrofulose gerechnet haben. Wir fanden hierauf bei Durchsicht der Zahlen, dass in 63 Fällen die Kranken selbst Scrofulose durchgemacht hatten oder noch als



scrofulös bezeichnet werden konnten, in 2 Fällen konnte blos Scrofulose der Geschwister nachgewiesen werden. Diesen stehen 81 Fälle entgegen, wo nicht nur keinerlei Anhaltspunkt für eine solche Diagnose gegeben war, sondern vielmehr jede derartige Affection ausgeschlossen wird, ja in vielen dieser Fälle betont die Krankengeschichte besonders den kräftigen, musculösen Bau des Lupuskranken. In weiteren 62 Fällen fehlen Angaben, die auf Anwesenheit oder Fehlen von Scrofulose schliessen lassen; nach der Art und Weise, wie auf unserer Klinik die Aufnahme des Patienten besonders bei Lupusfällen besorgt wird, kann ich wenigstens den grösseren Theil dieser Fälle den scrofulosefreien zurechnen.

Wenn aber diese Zahlen entschieden gegen eine constante Beziehung zwischen Lupus und Scrofulose sprechen, so kann man andererseits das Zusammentreffen beider Affectionen in mindestens 30 % aller Lupusfälle nicht als Zufälligkeit ansehen. Auch hier weist uns eine Durchsicht der Krankengeschichten auf den richtigen Weg. In einem grossen Theil der bezüglichen Anamnesen, die aus verschiedenen Jahren stammen, also keineswegs von der Ansicht eines Einzelnen beeinflusst worden sind, noch weniger aber etwa durch eine Lehrmeinung des Herrn Prof. Pick dictirt wurden, heisst es regelmässig: Nachdem an Hals, Wange oder Kinn eine Drüsengeschwulst vereiterte und gewöhnlich spontan nach aussen durchbrach, heilte der Abscess mit strahliger Narbe. Ein bis zwei Jahre später, selten erst nach längerer Zeit, beginnt die Narbe zu jucken und in ihr selbst oder in der nächsten Umgebung entsteht das erste Lupusknötchen. Das andere Mal wieder wird berichtet, dass nach öfter wiederkehrenden Augen- oder Nasenkatarrhen die Affection im inneren Augenwinkel oder an der Nase beginnt.

V. Tuberculose.

In 21 Fällen sichere hereditäre Belastung, und zwar vom Vater bei 3 Männern und 6 Weibern, von der Mutter bei 6 Männern und 6 Weibern, wahrscheinlich war die Belastung in 9 Fällen; dagegen konnte nur an 2 Lupuskranken Lungentuberculose sicher nachgewiesen werden.



VI. Hereditäre Belastung und Beziehung zu anderen Hautkrankheiten.

In 5 Fällen war Lupus in der Familie des Patienten nachweisbar und zwar dreimal bei Geschwistern, je einmal bei einer Tante väterlicher und bei einer Cousine mütterlicher Seite. Was die Combination mit anderen Hautaffectionen betrifft, so werden in 8 Fällen zum Theile öftere Erysipele vor dem Auftreten des Lupus angegeben, in den meisten derselben werden das Erysipel und seine Complicationen ausdrücklich für den Haut-Lupus verantwortlich gemacht. Sonst kommt abgesehen von parasitären Dermatosen vor: Herpes zoster 3mal, Verrucae 3mal, Lichen urticatus 2mal, Naevus pilosus, pigmentosus, vasculosus, verrucosus, Lichen scrofulosorum, Urticaria. Erythema multiforme, Pemphigus chron., Seborrhoea, Eczema je 1mal. Dagegen liessen sich bezüglich des Vorkommens von Hautaffectionen in der Familie, auf die jedesmal inquirirt wurde, nur zwei Eczeme der Kinder der Patienten, ein Naevus eines Kindes und eine Psoriasis der Mutter eruiren.

VII. Verhältnisse der Menstruation.

Die Verhältnisse der Menstruation bei Lupus stehen uns leider nur in geringer Anzahl zur Verfügung, zum Theile weil die meisten Lupuserkrankungen des weiblichen Geschlechts erst mit Eintritt der Pubertät beginnen. In 26 Fällen wird Regelmässigkeit der Menstruation angegeben, und zwar wird die Zeit der ersten Menses verlegt ins 12. Jahr (1), 13 (1), 14 (1), 15 (4), 16 (9), 18 (4), 19 (2), 20 (2), 21 (1), 25 (1); dagegen sprechen die Anamnesen in 12 Fällen bald von unregelmässiger, bald von der Quantität oder Qualität nach anormaler Menstruation, deren erstes Erscheinen angegeben wird im 13. Jahr (1), 14 (1), 15 (1), 16 (2), 17 (2), 18 (2), 20 (1), 21 (1), 26 (1). Endlich wird in 5 Fällen ein directer Zusammenhang zwischen Lupus und Menstruation seitens der Patientinnen betont u. zw. heisst es in 3 Fällen, dass mit dem Auftreten des Lupus eine sonstwie nicht begründete Menopause zusammengefallen sein soll, in einem Falle machte angeblich die Affection mit der nach einer Menopause wieder eingetretenen Menstruation bedeutende Fortschritte, während im fünften Falle die Menses seit dem Auftreten der Hautaffection unregelmässig wurden.



VIII. Trauma als Ursache von Lupus.

Nachdem in der mir zugänglich gewesenen Literatur dieser Aetiologie des Lupus keine Erwähnung geschieht, zum wenigsten aber die gangbaren Lehr- und Handbücher ihrer mit keinem Worte gedenken, glaube ich die betreffenden Krankengeschichten ausführlicher mittheilen zu sollen. Vor Allem muss ich aber einer Thatsache erwähnen, deren Eruirung mir von Wichtigkeit schien. Als sich mir zum ersten Male die verhältnissmässig grosse Zahl von Lupusfällen auf angeblich traumatischer Basis ergab, fiel die Frage ins Gewicht, ob wir es hier nicht mit einem Vorurtheile des Volkes, mit einer jener Erklärungen zu thun haben, welche auf der Grundlage längst begrabener Lehrmeinungen fortbauend, nicht blos auf das post hoc, propter hoc schwören, sondern ein hoc überhaupt als ätiologisches Moment anführen, das in dem betreffenden Falle gar nicht mitgespielt hat.

Es war uns daher von Wichtigkeit nachzuforschen, wie das Volk hierzulande das Entstehen des Lupus erklärt, und wir fanden, dass das Volk theilweise die Erbschaft der alten Humoralpathologie angetreten hat und „scharfe Säfte“ als Ursache dieser Affection annimmt oder aber einen eigenen nicht ganz grundlosen Weg geht, indem es das wiederholte Aufkratzen eines „Wimmerls“ (worunter ebenso gut Warze als Pustel, hier aber wohl immer das erste Lupusknötchen zu verstehen ist) ätiologisch beschuldigt — von einer Beziehung des Lupus zum Trauma weiss die Volksmedicin Nichts, und wir glauben hiermit einen wichtigen Einwurf gegen nachfolgende 12 Fälle im Vorhinein entkräftet zu haben.

1. J. D., 23jähr. Fleischer aus Turnau (P. N. 1455, 1875). Vor ungefähr 4 Jahren lud Patient grosse Baumstämme ab, wobei ihn ein fallender Baumstamm derartig streifte, dass die Haut des linken Fusses in der Gegend des äusseren Knöchels abgeschunden wurde. Einige Zeit später entwickelten sich an derselben Stelle die ersten Lupusknoten. Der Vater des Patienten war Potator, sonst gesund, die Mutter starb an einer acuten Lungenkrankheit, vier Schwestern und ein Bruder des Patienten sind ebenso wie dieser vollkommen gesund.

2. J. K., 40jähr. Bergmann aus Prziwetitz (P. N. 4303, 1881). Vor 7 Jahren fiel dem Patienten ein grosses Stück Kohle auf die rechte Wange, wobei er für einige Zeit bewusstlos blieb. Es entstand



eine kleine Schrunde, unter dem rechten Ohre, die bald unter Narbenbildung verheilte. In der Peripherie dieser Narbe traten jedoch einige Zeit später kleine rothe Knötchen auf, welche sich seither über die ganze rechte Wange, die vordere Partie des Halses, die linke Wange und den Nacken ausgebreitet haben. Zugleich mit der Verletzung der Wange wurde der Patient von demselben Stück Kohle auch auf dem rechten Knie verletzt. Die Wunde heilte mit papillären Wucherungen. Etwas später entstand die gleiche Affection wie an der Wange auch in der Kniekehle und breitete sich von hier aus nach oben und unten fort. Der Vater des Patienten starb an der Cholera, die Mutter an Tuberculose. Zwei Brüder und eine Schwester des Patienten leben und sind vollkommen gesund, drei Schwestern starben in frühester Jugend an dem Pat. unbekannten Affectionen. Pat. selbst war bis auf eine vereiternde Drüsenschwellung in inguine, die er im 10. Lebensjahre durchmachte und deren Aetiologie ihm unbekannt ist, sowie Hämorrhoiden — angeblich seit dem 12. Lebensjahre — vollkommen gesund. Nunquam infectus. Frau und 3 Kinder vollkommen gesund, 1 Kind starb in den ersten Lebenswochen.

3. L. D., 12jähr. Müllerstochter, Rzitschan (P. N. 5572, 1877). Vor 7 Jahren soll Patientin durch Unvorsichtigkeit des Kindsmädchens mit der rechten Wange auf die Erde gefallen sein. Anschwellung in der Gegend des Os zygomaticum, Eiterung mit Ausstossung eines nekrotischen Knochenstückchens. Vor 3 Jahren entstanden ganz dicht an der zurückgebliebenen Narbe die ersten Knötchen, welche sich seither auf die r. Wange, die r. Halsseite und die r. Ohrmuschel, sowie auf das r. untere Augenlid weiter verbreitet haben. Der Vater vollkommen gesund, Mutter lungen- und gichtleidend. Eine Schwester hat Lupus, drei andere Geschwister sind gesund, vier starben in frühester Jugend. Pat. war bisher gesund. Verhältnisse günstig.

4. A. T., 27jähr. Kutscher, Světy (P. N. 1455, 1878). Im December 1871 wurde Pat. als Dragoner von einem Pferde in den r. Unterschenkel geschlagen, ohne dass hiedurch eine Wunde entstanden wäre, jedoch schwoll der Fuss bedeutend an. Erst nach 4 Wochen bildeten sich Drüsenschwellungen in inguine, die abscedirten und eröffnet wurden. 3 Monate später wurden Abscesse an der Innen- und Aussenseite des r. Unterschenkels, sowie am inneren Fussrande eröffnet, die Eiter, aber keine Knochensplitter entleerten. Nachdem noch weiterhin Abscesse am Oberschenkel geöffnet wurden, auch einmal ein Erysipel



intercurrirte, waren Anfang 1874 alle Wunden verheilt. Bald darauf entwickelten sich zuerst an der durch die Abscessspaltung bedingten Narbe am Ober- dann am Unterschenkel, endlich am Fussrücken unter Jucken Knötchen, die sich immer weiter verbreiteten und nach intercurrirendem Erysipel zu bedeutender Vergrösserung der r. unteren Extremität führten. Die Eltern des Patienten, sowie Pat. früher selbst vollkommen gesund.

5. V. P., 15jähr. Taglöhnerstochter, Hudlitz (P. N. 10074, 1878). Vor 10 Jahren schlug sich Patientin mit dem rechten Ellbogen an, wobei sich eine kleine Excoriation bildete, die ohne jede Behandlung heilte. Um dieselbe entstanden hierauf die ersten Knötchen, welche nach oben und unten weiter schritten. 1 Jahr hierauf dieselbe Affection an der Wange, dann am l. Vorderarm, r. Handrücken, l. Fuss. Der Vater starb an einer Lungenaffection, die Mutter lebt und ist gesund, eben so drei Geschwister. Sie selbst litt häufig an Nasen-, Rachen- und Augenkatarrhen. Keine Drüsenabscesse.

6. F. L., 16jähr. Schlosser, Aussig (P. N. 8908, 1881). Der Patient bekam im Alter von einem Jahre an Stelle einer Impfnarbe einen röthlichen Knoten; von hier aus verbreitet sich die Affection auf den Ober- und Vorderarm. 3 Jahre später am anderen Arm, nach 8 Jahren an der Schulter. Vater des Pat. starb an Tuberculose, Mutter lebt und ist gesund, Bruder und Schwestern, sowie der Pat. bis auf vorliegende Affection vollkommen gesund.

7. A. K., 24jähr. Krämerstochter, Markwartitz (P. N. 10327, 1880). Vor 6 Jahren verletzte die Patientin beim Holzsammeln ein Stück Holz unterhalb des linken Auges. Bereits 8 Wochen nach Heilung der Wunde bemerkte Pat. an dieser Stelle ein Knötchen, das jedoch spontan verheilte. Vor 3 Jahren bildeten sich eben solche Knötchen an der Nase. Eltern gesund, Mutter einmal abortirt und zwar zwischen dem zweiten Kinde und der Patientin. Zwei Geschwister, darunter das letztgeborene, vollkommen gesund; ein Bruder starb an Variola, eine Schwester an Schwäche. Pat. sonst gesund, seit dem 18. Jahre regelmässig menstruirt.

8. F. H., 12jähr. Taglöhner, Weckersdorf (P. N. 4887, 1877). Vor 4 Jahren stiess sich Patient, als er die Naht an einem Rocke trennen wollte, den einen Flügel einer Schere schräg von unten nach oben und zwar vom Nasenloche aus durch den linken Nasenflügel. Die Wunde verheilte rasch doch war zuvor vorübergehende Schwellung

und Röthung der Nase, Wange und Oberlippe (Erysipel?) aufgetreten. Erst $^1/_2$ Jahr später entwickelten sich zuerst an der l. Wange kleine rothe Knötchen. Hierauf Verstopfung der Nase, Ueberschreiten der Affection auf die andere Wange. — Eine Untersuchung der durch dreimalige Verheirathung seines Vaters und zweimalige seiner an Typhus abdom. verstorbenen Mutter complicirten Verwandtschaftsverhältnisse ergibt, dass seine Familie ebenso wie vordem Patient selbst vollkommen gesund ist.

9. F. R., 26jähr. Tischlergeselle, Lobkowitz (P. N. 10223, 1877). Vor 10 Jahren fiel Patient mit der l. Wange auf die Erde, worauf sich eine bedeutende Anschwellung der l. Gesichtshälfte und Oedem der Augenlider entwickelte. Einige Monate später soll sich vor dem l. Ohre der erste Lupusknoten entwickelt haben. Seit 3 Jahren Lupus am r. Oberschenkel. Vater starb an einem chronischen Lungenleiden, die Mutter sowie ein Bruder vollkommen gesund, eine Schwester ist an einer dem Pat. unbekannten Krankheit gestorben, Patient vordem gesund. Verhältnisse schlecht.

10. F. Sch., 13jähr. Häuslerssohn, Zemech (P. N. 5514, 1878). Vor 2 Jahren Hieb mit einem Stock über die Nase, hierauf Beginn der Affection. Als Kind Ohrenfluss, sonst fehlen Angaben.

11. W. W., 26jähr. Maurer, Woskorzinek (P. N. 3326, 1877). Pat. hat ein nicht näher bezeichnetes Trauma der Nase erlitten; über der Narbe soll sich immer eine Kruste gebildet haben, die der Pat. stets abwusch. Pat. sowie seine Familie gesund.

12. E. F., 13jähr. Bräuerssohn, Holi (P. N. 5886, 1876). Ursache angeblich Trauma, das aber in der anamnestisch mangelhaften Krankengeschichte nicht weiter beschrieben wird, ebensowenig als die hereditären Beziehungen notirt sind.

IX. Sonstige Verhältnisse.

An 2 Fälle schloss sich Elephantiasis, an 2 Epithelioma an (der eine derselben hatte eine lupuskranke Schwester). Drüsenabscesse während der Behandlung sind nur in 5 Fällen notirt, so dass man es hiebei vielleicht blos mit einer Complication von der exulcerirten Stelle aus zu thun hat. So sagt auch Virchow (Die kranken Geschwülste. II. 491): „Die Lymphdrüsen erkranken, wie es scheint, in einfach irritativer Weise“ und (ibidem 493) „die Erkrankungen der Lymphdrüsen in bestimmter Form fehlen

beim Lupus regelmässig". Gegen diese Anschauung hat sich Volkmann (Klin. Vorträge 13) gewandt, während Kaposi die Vereiterung der Lymphdrüsen als häufige Complication annimmt, wodurch das Bild der Scrofulose vorgetäuscht werde.

Je einmal fanden sich Complicationen mit Chlorose und Morbus Brightii, zweimal mit Klappenerkrankungen des Herzens, zweimal wird Rachitis des Kindes der Patientin angegeben. Hereditäre Syphilis war in unseren Fällen nicht ein einziges Mal nachzuweisen. Drei Fälle, die mit der Bezeichnung Lupus specificus geführt wurden, habe ich nicht aufgenommen, wenn auch die luetische Infection nicht sichergestellt worden war.

X. Geographie des Lupus.

Das beiliegende Kärtchen soll die Vertheilung unserer aus Böhmen stammenden Lupuskranken nach den einzelnen politischen Bezirken veranschaulichen. Natürlich kann es aus verschiedenen Gründen auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen. Wenn auch nach allgemeinen Voraussetzungen das Verhältniss der unserer Klinik nicht zugekommenen Kranken aus Böhmen unsere Resultate kaum verändern würde, so dürfte doch erst eine vielleicht im Auftrage der Sanitätsbehörden durchzuführende Statistik zu positiven Schlüssen Berechtigung geben. Jedenfalls würde eine derartige Arbeit auch für andere Affectionen es ermöglichen, eine Krankheit an Ort und Stelle auf ihre Ursachen zu prüfen.

Ob die stärkere Betheiligung der czechischen Bezirke nur auf der Nähe Prags basirt, muss zweifelhaft bleiben; auffallend war nur dagegen die relativ grosse Zahl der Kranken aus dem Riesengebirgs-Bezirke Trautenau. Die Eintragung in das Kärtchen erfolgte nach dem Geburtsorte der Patienten, wenn anderenfalls nicht die Krankengeschichte einen dauernden Aufenthalt in einem anderen Orte seit der Geburt angab. Zwei unserer Kranken stammten aus dem Reiche, u. zw. eine von der auch schon anderweitig gleich dem deutschen Niederrhein als Lupusregion bekannten Ostseeküste (Greifswald), die andere aus dem Königreiche Sachsen (Kühnhaide), für 3 Patienten konnte der Geburts- oder dauernder Aufenthaltsort nicht ermittelt werden. Wir fügen an dieser Stelle, da Stadt und Land keine deutliche Differenz zeigen hinzu, dass wir uns zu wiederholten Malen genau darnach erkun-

digten, ob sich besonders die Patientinnen vorher mit der Viehwartung beschäftigt haben, erhielten aber in den meisten Fällen verneinende Angaben; dies geschah, um in Vorhinein darüber klar zu werden, ob Anhänger der Theorie von Identität der Tuberculose und Lupus mit einiger Berechtigung die Hypothese aufstellen könnten, dass Lupus mit der Perlsucht der Rinder im Zusammenhang stehe. Uebrigens sind die negativen Impfungsergebnisse von Pick, Auspitz und Kiener von genügender Beweiskraft.

Der Lupus steht durch seine Beziehung zur Scrofulose mitten auf jenem vielbestrittenen Gebiete unseres Wissens, das durch die Namen Scrofulose, Tuberculose, Rachitis bezeichnet aber nicht definirt wird; erst in der neuesten Zeit scheint hauptsächlich durch das experimentelle Studium der Tuberculose etwas mehr Licht auf dieses Kapitel geworfen zu werden. Jedoch ist für den Lupus selbst weder im pathologisch-histologischen noch im ätiologischen Systeme ein sicherer Platz gefunden worden, und selbst die neuesten Autoren stehen mit ihren Anschauungen über das Wesen dieser Affection einander diametral gegenüber. Es lassen sich die verschiedenen Ansichten folgendermassen classificiren:

Die einen, welche seit Virchow den Lupus zu jenen Uebergangsformen von Entzündung und Neubildung rechnen, welche dieser Autor Granulome genannt hat, wobei aber die Anschauungen über die Beziehungen zur Scrofulose bei den verschiedenen Schriftstellern different sind — ihnen stehen jene Autoren gegenüber, welche den reinen Geschwulstcharakter des Lupus betonen, während von anderer Seite wiederum eine Art Mittelweg eingeschlagen wird, indem man einen scrofulösen und einen idiopathischen Lupus anzunehmen gewillt ist.

So fasst Hueter (Grundriss der Chirurgie. Allg. Theil. p. 59—60. 1880) den Lupus als granulirende Entzündung auf, deren bisher unbekannte Noxe sich vielleicht in die offenen Talgfollikel einnistet, und von den letzteren es wahrscheinlich ist, dass durch ihre Aufnahme in den Gesammtkörper Miliartuberculose entsteht (s. Schüller, Kleb's Arch. XI).

Ihm nahe steht Klebs (citirt nach handschriftlicher Aufzeichnung der im W. S. 1879/80 hier gehaltenen Vorträge), welcher den Lupus zu den kleinzelligen Leucocythosen zählt;



man habe es hier mit einer specifischen Infectionskrankheit zu thun, deren Uebertragbarkeit zwar noch nicht nachgewiesen ist, die aber vielleicht als Leprarest werde einmal erkannt werden (die Verwandtschaft mit Lepra betont auch Thoma V. A. 65), dagegen habe diese Affection mit Scrofulose und Tuberculose nichts Gemeinsames. Virchow (Die krankhaften Geschwülste Bd. II. p. 482—494, 1865) stellt ihn, wie gesagt, unter die Granulome, wendet sich hiebei gegen die Identificirung mit Scrofulose, hält aber die Möglichkeit einer localen Disposition offen. Friedländer (Volkmann's Vorträge 64) und mit gewissen Einschränkungen auch Volkmann (dasselbe 13 und Berl. klin. W. 30, 1875) sehen den Lupus als locale Tuberculose an, wogegen sich auf Grund anatomischer Untersuchungen neuestens Baumgarten (V. A. LXXXII. p. 397—437, 1880) wendet, der gleichfalls den Lupus zu den Granulomen rechnet, während ihn unter die Erscheinungen der Scrofulose u. A. auch Piffard und viele Kinderärzte subsumiren.

Der oben bezeichnete Mittelweg, die Trennung des scrofulösen vom idiopathischen Lupus ist in früherer Zeit von Alibert, Alexander Ure (Lond. med. Gaz. XIX 328), Piutti (Ueber scrofulöse Hautkrankh. Gotha 1836), Rosenbaum (Schmidt's Encyklopädie) betreten worden — neuester Zeit befürworten ihn Colomiatti (Centralbl. f. d. med. W. 1876). Doch hat sich keiner von Diesen deutlich über die Classification des nicht scrofulösen Lupus ausgesprochen, während Essig (Arch. d. Heilk. 1874) den Lupus blos als klinischen Begriff hinstellt, dessen anatomisches Substrat sowohl Tuberculose als auch Adenome, Sarcome bilden können. Dagegen spricht Rindfleisch (Path. Histologie) von einer primären Wucherung epithelialer Elemente, wenn er gleich in einer Anmerkung „sehr geneigt zu Concessionen wäre, den Lupus als eine Art Phthisis cutanea zu betrachten", Maier (Lehrb. d. allg. path. Anatomie. p. 439, 1871) möchte ihn in die Nähe der Cancroide stellen. Endlich hat Eppinger (Path. Anatomie des Larynx und der Trachea p. 175, 399. 1880) seine Geneigtheit ausgesprochen „den Lupus dem krebsartigen Process an die Seite zu stellen, d. h. den Lupus als einen Neubildungsprocess des Bindegewebes hinzustellen, der sich an die Anwesenheit von epithelialen Elementen bindet und mit einer Proli-

feration dieser letzteren einhergeht". Die Bindegewebswucherung wäre auch ihm das Wichtigere, die epitheliale Neubildung „wie im Schlepptau genommen".

Nachdem also der pathologisch-anatomische Weg bislang zu keiner sicheren Erkenntniss der Wesenheit des Lupus geführt hat, dürfte eine klinisch-statistische Zusammenstellung wenigstens zu einiger Schlussfolgerung berechtigt sein. Da sich bisher weder anatomisch noch klinisch ein scrofulöser und ein idiopathischer Lupus unterscheiden lassen, so ergibt sich, dass Lupus sowohl bei vorher scrofulösen als auch bei ganz gesunden Individuen in derselben Form auftritt, dass eine hereditäre Belastung mit Tuberculose nur in 10—15 Proc. der Fälle nachweislich ist, dass die bei Scrofulose häufigen Drüsenabscesse dem Lupus selbst fast jedes Mal fehlen, dass endlich eine gleichzeitige Lupuserkrankung bei Blutsverwandten nur in den seltensten Fällen, eine Uebertragung von Eltern auf Kinder vielleicht gar nicht vorkommt. Die so ganz vereinzelte Combination von Lupus und Lungentuberculose spricht entschieden gegen die Identität beider Affectionen, wenn man nicht, wie letzthin Parrot für Rachitis und hereditäre Syphilis, annehmen will, dass durch das Entstehen des Lupus sich die Tuberculose erschöpft habe. Dagegen weisen mindestens 30 Proc. der Fälle, in denen sich der Lupus auf oder nur um scrofulöse Narben oder auf katarrhalisch veränderten Schleimhäuten entwickelt hat, 12 Fälle, wo ein Trauma als ätiologisches Moment angegeben wurde und etwa 8 Fälle, bei welchen ein Erysipel in gleicher Weise beschuldigt wird (das man freilich als Complication eines übersehenen Lupusknötchens deuten kann), darauf hin, dass es sich oft um eine locale dem Lupus specifische Disposition handelt, deren Natur hypothetisch bleibt. Jedenfalls scheint die kleine Anzahl von 17 Fällen, in denen sich eine Combination mit oft nur geringfügigen Dermatosen fand, die Annahme auszuschliessen, dass wir es beim Lupus mit einer krankhaften Anlage des Hautorganes überhaupt zu thun haben.

Es sei mir gestattet, an diesem Orte Herrn Prof. Pick für Ueberlassung dieser Arbeit, sowie für seine freundliche Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.





Raudnitz. Aetiologie d. Lupus

Lith. v. Th. Bannwarth, Wien.

Die Mercurseife (savon napolitain).

Von

Dr. Schuster,
prakt. Arzt in Aachen.

Anfang dieses Jahres sah ich in der Charcot'schen Poliklinik der Salpétrière ein neues Mercurpräparat, die Mercurseife.

Dieselbe ist in Brodform und im Gewichte von 20 Gramm gemacht; jedes Stück von 20 Gramm enthält 4 Gramm reines Quecksilber, das in der oxydfreien, etwas aromatischen grau aussehenden Seife mikroskopisch fein vertheilt ist. Je 4 lose aneinanderklebende Stücke sind gewöhnlich in Einem Packete enthalten, das die Aufschrift „savon napolitain du Docteur Vincent" trägt und Paris 19 Rue Drouot zu haben ist. Der Preis des Päckchens ist 2 Francs. Die Mercurseife verseift mit Wasser angefeuchtet wie jede andere Seife; wird sie in einem Schüsselchen unter Wasser angerührt, so sinkt das Quecksilber als grauer Schlamm zu Boden; sie lässt sich auf der Haut wie jede andere Seife verseifen; es bleibt, wenn das Wasser verdunstet ist, die Seife als schmutziggraue trockene Lage auf der Haut liegen, die nun jeder Zeit mit Wasser wieder unter Zurücklassung einer reinen Haut abgewaschen werden kann. Dieses Präparat interessirte mich sehr, da es in Bezug auf Reinlichkeit in der Anwendungsweise vor der grauen Salbe Vorzüge zu haben schien, und ich beschloss, es in seiner Wirkung mit dem Unguentum neapolitanum zu vergleichen. Gerne wurde mir eine grössere Menge der savon napolitain von ihrem Erfinder zur Verfügung gestellt.

Dass die mit Wasser verriebene Mercurseife Mercurwirkung entfalten würde, durfte sicher vorausgesetzt werden. Bekanntlich werden schwerflüchtige Körper durch Wasserdunst leichter fort-

geführt, leicht flüchtige, wie das Quecksilber, demnach noch mehr. Die Quecksilberverdunstung wird durch in Bewegung befindlichen Wasserdunst von beliebiger Temperatur gefördert, um so mehr jedoch, je höher die Temperatur ist. Nach den verschiedenen Quecksilberkuren ist der Uebergang des Quecksilbers in den Harn nachgewiesen worden. Es entstand deshalb die Anforderung, auch bei der Anwendung und Beurtheilung der Mercurseife den Uebergang des Mercurs in den Harn nachzuweisen.

Mit Rücksicht darauf, dass Vajda und Paschkis („über den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilisprocess Wien 1880") von allen Quecksilberkuren nächst dem Decoct. Zittm. am ehesten bei und während der Inunctionskur das Quecksilber im Harn nach der Ludwig'schen Methode (unter 24 Fällen 18 Mal während der Kur) nachweisen konnten, glaubte ich in der vergleichenden Untersuchung des Harnes auf Hg bei der Anwendung der Mercurseife sowie der Mercursalbe den sichersten Anhalt der Werthbeurtheilung zu haben. Die Analysen liess ich durch den sein Fach beherrschenden Chemiker Herrn Dr. Schridde machen, der die Fürbringer-Ludwig'sche Methode anwandte und sich darüber, so wie über einige praktische Abänderungen in Nr. 34 der Berliner klin. Woch. 1881 ausgesprochen hat.

Mehrere Fälle, in denen die Mercurseife angewandt, dann der Harn auf Hg untersucht wurde, und die dann mit der Mercursalbe verglichen werden konnten, sind folgende:

Erster Fall. Dr..., 34 Jahre alt, vor 3 Jahren inficirt. Rechtsseitige Cephalaea specifica, nach dem rechten etwas hervorgetriebenen Augapfel hinziehend; Taumeln, erschwerte Sprache; stark gesteigerte Kniereflexe, Fussphänomen. Patient gebrauchte vom 1. März bis 19. März, also in 18 Tagen 9 Stück Seife à 4 Gramm Hg.

Besserung; Taumeln, erschwerte Sprache verschwunden, Kopfschmerz besteht jedoch fort. Die jetzt vorgenommene Untersuchung des Harnes (eines Liters) auf Hg ergibt ein negatives Resultat. Es wird jetzt an Stelle der Mercurseife mit der Mercursalbe, 5 Gramm pro die begonnen. Nach 14 solcher Einreibungen am 7. April, Anfall von Bewusstlosigkeit und Krämpfen, nach dem Anfall sehr erschwerte Sprache. Patient gebraucht neben Jodkali bis Mitte Mai Inunctionen aus Ungt. ciner. à 5 Gramm. Es

wird jetzt die 2. Untersuchung des Harnes auf Hg vorgenommen; dieselbe ist negativ. Betreffs des Ueberganges des Mercurs in den Harn während der Kur hat also die graue Salbe vor der Mercurseife in diesem Falle keinen Vorzug.

Patient setzt die Inunctionen mit grauer Salbe bis Juli fort. Es sind deren 50 gemacht. Am 13. September klagt Patient wieder über Kopfschmerz. Die jetzt vorgenommene 3. Untersuchung des Harnes auf Hg ist wiederum negativ. Es fehlt also auch die nachträgliche nachweisbare Ausscheidung des Hg durch den Harn.

Zweiter und dritter Fall. Herr und Frau G. Ersterer hat vor 6 Jahren seine letzte Hgkur wegen Syphilis gemacht und ist seitdem von Krankheitserscheinungen angeblich frei geblieben. Seit einem Jahre verheirathet, hat seine Frau jetzt die Erscheinungen der gewöhnlichen secundären Syphilis. Für beide wird die Mercurseife verordnet, die Einreibungen mit derselben werden je eine Morgens und Abends gemacht und zwar jedesmal während 20 bis 30 Minuten. Nachdem 10 solcher Einreibungen je Morgens und Abends bei Frau G., 12 bei Herrn G. gemacht sind, woraufhin Gingivitis sich einstellte, wird der Harn auf Hg untersucht. Derselbe zeigt sich sowohl in dem einen wie in dem andern Falle quecksilberhaltig.

Vierter Fall. Herr S. 13. März 1881. Pat. inficirte sich 1880. Sechs Wochen nach der Infection Circumcisio; 4 Wochen später Roseola, Halsaffection; 40 Inunctionen, später Pillen, dann Decoct. Zittmanni. Seit 4 Monaten ist kein Hg gebraucht.

Stat. praes. Roseola, papulae tonsillar. Acne capitis. Anämie, Schwindel; stark vermehrte Kniereflexe. Die jetzt vor der Behandlung mit Mercurseife vorgenommene Untersuchung des Harnes auf Hg ergibt ein negatives Resultat. Es wird nun täglich Mercurseife während 30 Minuten mit warmem Wasser auf täglich verschiedene grosse Hautflächen verrieben. Nach eilf solchen Einreibungen hat Patient um $3^1/_4$ Kilo an Gewicht zugenommen, das Allgemeinbefinden ist viel besser, der Schwindel verschwunden. Roseola bereits nach zwei Stück Seife verschwunden. Dagegen besteht die Halsaffection fort.

Die Untersuchung des Harnes auf Hg ergibt ein negatives Resultat. Es werden jetzt neben den Seifeneinrei-



bungen solche aus grauer Salbe gemacht. Nach 32 Salben- und weiteren 17 Seifeninunctionen sind die specifischen Erscheinungen verschwunden. Die jetzt wiederum vorgenommene Untersuchung des Harnes auf Hg bleibt wieder negativ.

Ich habe noch einige andere Fälle mit der Mercurseife behandelt, und auch in diesen ein negatives Resultat bei der Untersuchung des Harnes auf Hg erhalten.

Wenn man hiemit die in $^3/_4$ der untersuchten Fälle noch während der Kur erhaltenen positiven Resultate Vajda's und Paschkis' vergleicht, so könnte man zu dem Schlusse kommen, dass trotz meiner beiden positiven Fälle 2 und 3 die Aufnahme des Hg bei Anwendung der Mercurseife eine schwierigere sein müsse, als wie bei der des Unguentum neapolitanum. Es musste aber auffallen, dass in den hier erwähnten Fällen, wo bei der Anwendung der Mercurseife die Harnuntersuchung eine negative blieb, auch bei reichlicher Anwendung des Ungt. neapolitanum die Harnuntersuchung eine negative blieb, ein Resultat, das man nach den Untersuchungen der angeführten Autoren nicht erwarten durfte. Um hierüber Klarheit zu erhalten, liess ich eine grosse Reihe von Harnuntersuchungen durch Herrn Dr. Schridde während des ganzen Sommers bis heute zu machen. Dieselben sind der Gegenstand einer anderen Arbeit; sie ergeben aber das unanfechtbare Resultat, dass während der Quecksilberkuren überhaupt im Harne nicht häufig Quecksilber nachzuweisen ist, aber längere Zeit nach denselben in meinen Fällen gar nicht.

Mit Rücksicht auf dieses, wenn auch von Vajda's und Paschkis', sowie von Oberländer's (siehe d. Vtljrsch. 1880) Ergebnissen abweichende Resultat erhalten die beiden positiven Fälle 2 und 3 einen erhöhten Werth bei der Vergleichung der Wirkung der Mercurseife mit der der Mercursalbe.

Ich muss dieselbe, was den Uebergang des Quecksilbers in den Harn betrifft, für beide Präparate als gleichwerthig betrachten. Hieraus folgt denn, dass die therapeutische Wirkung auch als eine ähnliche sich herausstellen muss, wie dies namentlich mein Fall 4 darthut.

Es ist demnach von Wichtigkeit, dass auf den dazu berufenen Stationen, das sind die syphilitischen Kliniken, die Mercurseife in grösserem Massstabe versucht werde.



In Bezug auf die jedesmalige Dauer der Anwendung der Seifeneinreibung wird die Zeit keine geringere sein dürfen als bei der Salbe. Auch darf ein Hauttheil nicht zu häufig nach einander eingerieben werden, weil auch die Mercurseife ausgedehntes Hauterythem machen kann. Die Mercurseife befähigt den Patienten eher, die Einreibung selber zu machen. Für Patienten, welche sich auf der Reise befinden und Quecksilberkuren gebrauchen, ist die Mercurseife ein sehr bequemes Präparat; sie lässt sich, weil fest und hart, sehr leicht transportiren. Ein Stück Seife reicht für 3 bis 4 Tage, die eingeriebenen Stellen lassen sich in leichter Weise zu jeder Zeit durch die ihnen anhaftende Seife schön reinigen, man bedarf dazu nur etwas Wasser. Auch in den Fällen, wo man Quecksilbereinreibungen ohne Wissen des Patienten resp. der Umgebung machen will, passt schon jetzt die Seife. „Ausserdem verdient sie als örtliches Mittel an Stelle der grauen Salbe vollste Berücksichtigung“.

Ueber die Ausscheidung des Quecksilbers während und nach Quecksilberkuren.

Von

Dr. Schuster
prakt. Arzt in Aachen.

In der neuesten Zeit wurde die Frage über die Ausscheidung des dem Organismus einverleibten Quecksilbers durch den Harn (resp. die Nieren) in eingehender Weise von Vajda und Paschkis (in dem Buche „über den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilisprocess. Wien 1880"), sowie von Oberländer („Versuche über die Hgausscheidungen durch den Harn nach Hgkuren" d. Vtljhrsch. Jahrgang 1880) bearbeitet. Von beiden Seiten wurde die Ludwig'sche Methode und demnach Zinkstaub zur Amalgamirung des zu suchenden Quecksilbers benutzt. In der Mehrzahl der Fälle wiesen Vajda und Paschkis das Hg im Harne während der Behandlung nach („zeitliche Ausscheidung" während der Einreibungen bei 24 Fällen 18mal, bei interner Sublimatkur bei 11 Fällen 7mal, bei subcutaner Sublimat- resp. Bicyaninjection jedesmal s. S. 291 l. c.); sie wiesen das Hg im Harne nach aber auch im ersten und zweiten Monate nach der Behandlung („nachträgliche Ausscheidung"). Dieselbe fand sich besonders häufig nach den Einreibungskuren; sie wollen das Hg aber nicht allein nach 2, 3 und 6 Monaten, sondern auch noch 2, 3, 5, 8, 12 und 13 Jahre nach der Kur und zwar nach nicht einmal grossen Hgkuren (z. B. 17 Einreibungen) gefunden haben.

Auch Oberländer fand nach dem ersten und zweiten Halbjahr, sowie in 3 Fällen nach einem Jahr das Hg im Harne noch nachweisbar.



Die von den genannten Untersuchern benutzte Methode ist in dem erwähnten Buche S. 94 ff. beschrieben.

Die Ludwig'sche Methode besteht aus 3 Operationen:

1. Abscheidung des Hg aus der das Hg enthaltenden Flüssigkeit durch ein sehr fein vertheiltes Metall, mit dem das Hg ein Amalgam bildet (Zink oder Kupfer).
2. Austreiben des Hg aus dem amalgamhaltigen Metallpulver durch Erhitzen desselben in einem Luftstrom.
3. Ueberführung des in entsprechender Weise condensirten Hg-dampfes in das charakteristische, leicht erkennbare Hgjodid.

Die auf S. 96 angegebene „hellrothe" Färbung, welche nach Einführung von Jod in das mit dem condensirten Metallanfluge belegte Glasröhrchen auf Erwärmung desselben eintritt, ergibt den genannten Forschern den Nachweis des Hg. Dieselben benutzten aber zur Abscheidung des Hg, wie sie ausdrücklich angeben und empfehlen, den käuflichen Zinkstaub.

Nun enthält aber, wie mir von chemisch berufener Seite mitgetheilt wird, der im Handel vorkommende Zinkstaub fremde Metallbeimengungen, abgesehen davon, dass jeder Zinkstaub Arsen und Antimon enthält.

Ich liess mir deshalb zum Vergleiche in je einem Glasröhrchen die Jodidbeschläge von Arsen, Antimon, Quecksilber und Blei machen. Man erhält dann eine gelbe und karminrothe Färbung für das Hgjodid, eine intensiv karminrothe mit gelbem Ring beginnende Färbung des Jodarsens, eine gelbe bis orangenrothe Färbung des Jodantimons, eine hellgelbe für das Jodblei. Es muss hier ausdrücklich hervorgehoben werden, dass in dem vorliegenden Falle das aus dem Arsenwasserstoff reducirte As bei der Jodirung eine schöne hellrothe Färbung mit gelbem Anfluge ergab, weil das Jodarsen ja gelb aussieht.

Während aus den genannten Beschlägen das Jodantimon schon eher, wenn auch bei minimalen Mengen gewiss nicht leicht vom Jodquecksilber zu unterscheiden ist, so dürfte auch für den Geübten eine Verwechslung des Jodarsens mit Jodquecksilber aus der Färbung verzeihlich werden.

Die Gewinnung einer „hellrothen" Färbung bei der Einwirkung der Joddämpfe auf den Metallbeschlag ist demnach kein

absoluter Beweis des vorhandenen Hg, wenn der käufliche Zinkstaub zur Almalgamirung benutzt wurde.

Allerdings würde aus der Krystallform bei der mikroskopischen Untersuchung des hellrothen Beschlages die Diagnose auf Jodquecksilber sicher gestellt werden können; es ist aber von den genannten Autoren nirgendwo nach dieser Richtung eine Angabe gemacht; es bleiben deshalb meine Einwürfe gegen die Hgbedeutung der „hellrothen" Färbung berechtigt.

Obzwar die Ludwig'sche Methode einen mit der chemischen Analyse sehr vertrauten Analytiker verlangt, so haben die genannten Forscher, trotzdem sie keine Fachchemiker sind, sich mit der Methode denn doch so vertraut gemacht, ehe sie ihre Untersuchungen vornahmen, dass mit Bezug auf deren genaue Ausführung kein Zweifel aufkommen darf. Es ist demnach nur die Benutzung des Zinkstaubes zur Amalgamirung des Hg für mich die Veranlassung, die vielen positiven Resultate der genannten Herren als nicht unumstösslich anzusehen. Die dem käuflichen Zinkstaub anklebende Beimengung anderer Metalle, deren Jodverbindung der des Hg so ähnlich ist, gibt mir den Anhalt zur Erklärung des Umstandes, dass die von mir gewonnenen Resultate über die Ausscheidung des Hg in der That abweichend von denen der genannten Autoren sind, insbesondere mit Bezug auf die Spätausscheidung des Hg nach Hgkuren.

Während Oberländer nur den Harn auf Hg untersuchte, wurden von Vajda und Paschkis ausserdem noch Placenta, Milch, Speichel, Knochen, Fötus, Menstrualblut untersucht. Merkwürdigerweise wurden die Fäces, welche doch die Secretionen der zu Metallablagerungen geeigneten Leber neben denen des Darmes (auch der Speicheldrüsen?) enthalten, in keinem ihrer erwähnten Fälle einer Untersuchung unterzogen. Freilich würde an dem von den genannten Autoren erhaltenen Resultate der jahrelangen Remanenz des Hg im Organismus die Untersuchung der Fäces nichts ändern können, da ja der Nachweis des Hg im Harne noch Jahre nach der Einverleibung mittelst der Ludwig'schen Methode als gelungen erscheint, wenn man die Gewinnung der hellrothen Färbung als unumstösslichen Beweis ansieht, was ja eben nicht der Fall ist.



Die Fürbringer'sche Modification des Ludwig'schen Verfahrens (s. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1878) setzt nun an Stelle des Zinkstaubes die unter dem Namen Lametta vorkommende Messingwolle, welche von den genannten Metallbeimengungen als frei angesehen werden kann, da der Zinküberzug dieser Kupferfäden ein minimaler ist.

Indem ich in Folge von Versuchen mit Mercurseife (siehe oben) der Frage über die Ausscheidung des Hg näher trat, habe ich geglaubt, zur möglichst objectiven Beurtheilung der zu erhaltenden Resultate die chemische Untersuchung nach der Fürbringer-Ludwig'schen Methode nicht selber vornehmen, vielmehr sie einem in der Analyse erfahrenen Chemiker anvertrauen zu sollen. Einen solchen fand ich in der Person des Herrn Dr. Schridde hierselbst, der mit besonderem Interesse die ihm von mir zugemutheten Untersuchungen vornahm, der in Folge dessen sich ja auch über die Fürbringer'sche Modification sowie über einige andere von ihm angewandte sehr praktische Abänderungen derselben (z. B. Unzweckmässigkeit des Abtreibens des Hg im Luftstrom) in Nr. 34 der Berliner klin. Wochenschr. 1881 ausgesprochen hat.

Da zudem die Lametta von Herrn Dr. Schridde vor den Untersuchungen auf etwaige Beimengungen geprüft wurde, so darf das jedesmal gewonnene Resultat als ein durchaus sicheres hingestellt werden. Dasselbe konnte jetzt mit Recht ein positives genannt werden, wenn sich der karminrothe Anflug, oder auch der gelbe in die rothe Färbung überführbare Belag im Glasröhrchen auf Jodverdampfung zeigte.

Da Vajda und Paschkis bei cutaner, sowie bei percutaner Anwendung des Hg in fast der Hälfte der Fälle sowohl eine zeitliche als auch eine nachträgliche Hgausscheidung durch den Harn herausfanden, so benutzte ich auch längere Zeit hindurch den Harn (und zwar jedesmal 1 Liter) als Untersuchungsobject. Erst später als mir die häufige Nichtnachweisbarkeit des Hg im Harne denn doch zu auffällig wurde, ging ich bei der sich in mir immer mehr befestigenden Ueberzeugung, dass das Hg wohl mehr auf anderem Wege als wie dem des Harnes zur Ausscheidung gelangen müsse, zur Untersuchung der Fäces über. Leider konnte in Folge dessen nur noch über eine geringe Zahl hiezu geeigneter Fälle verfügt

werden, da die übergrosse Mehrzahl der Kranken bereits aus der Behandlung entlassen waren, und zudem bei dem begonnenen Herbste eine geeignete Zunahme der Kranken bei mir nicht mehr zu erwarten war.

Von den Hgpräparaten zur Aufnahme des Hg wurde in mehreren Fällen die Mercurseife, welche ich zuerst im vergangenen Winter in der Charcot'schen Poliklinik kennen lernte, das Unguent. hydrarg. cinereum, sowie Hgcyanidinjectionen benutzt.

Die Fälle sind nun folgende:

1. Herr G. hat vor 6 Jahren die letzte Hgkur gebraucht; jetzt ist seine Frau inficirt. Er gebrauchte 12 Tage lang täglich 2 Einreibungen mit der Savon napolitain. Der Harn enthält Hg +.

2. Frau G. hat die ersten secundären luetischen Erscheinungen; 10 Tage lang täglich 2 Einreibungen der Mercurseife. Der Harn enthält Hgspuren +.

3. Herr S. inficirt 1880. 40 Inunctionen, dann Pillen, dann Dec. Zittm. Seit 4 Monaten ist kein Hg gebraucht. Jetzt Roseola, Akn. capit., pap. tonsill. Der jetzt untersuchte Harn ist Hgfrei —. Es werden jetzt 11 Tage lang Einreibungen aus Mercurseife gemacht. Harn —. Es werden noch 17 Einreibungen aus Mercurseife und gleichzeitig 32 aus je 5,0 Ungt. hydr. cin. gemacht. Harn —.

4. Dr. 34 J., vor 3 Jahren inficirt; hat jedes Jahr Mercur gebraucht in Salben- und Injectionsform. Jetzt rechtsseitige Cephalaea specif., Schwindel, erschwerte Sprache. Mercurseife 9 Stück à 4,0 Hg innerhalb 18 Tagen verbraucht. Harn Hgfrei —. Es werden jetzt noch 30 Inunctionen aus Ungt. hydr. cin. à 5,0 verbraucht, während welcher ein epileptischer Anfall eintrat. Harn Hgfrei —. Patient setzt die Einreibungen fort bis auf 50, dann findet eine Pause von 6 Wochen statt. Dritte Untersuchung des Harnes Hgfrei —. Pat. hat jetzt Caries der tiefen Nasengänge, gebraucht jetzt wieder bis zum 7. November 30 Einreibungen à 5 Ungt. cin. Harn Hghaltig +. Es werden jetzt die Fäces untersucht; dieselben erweisen sich als sehr stark Hghaltig.

5. Such. 1874 inf., 1879 Rypia; seit 2 Jahren heiser; hat 1880—81 bis Ende Mai 120 Inunct. und 20 Inject. gebraucht. Jetzt Papulae epiglottidis und der Larynxhöhle; gebraucht bis Ende August 39 Inunct. und 6 Inject. Harn Hgfrei —. Es werden noch 7 Inunct.

und 4 Inject. gebraucht. Es werden jetzt bei der Untersuchung des Harnes kleine zersprengte Jod-Hgspritzer constatirt. Harn Hghaltig +.

6. Wa. 1880 inf. Pillen; 31 Innunct. Jodkali. Jetzt Onychia specif.; Harn Hgfrei —.

7. Dö. Rypia capitis; Hemiplegia. 37 Einreibungen. Zahnfleischaffection. Harn Hg +.

8. Ge. 1880 inf. 60 Innunct. Im Winter Sublimatpillen. 6 Monate später secundäre Erscheinungen verschiedener Art. 4 Dec. Zittm. 25 Innunct. Harn Hgfrei —.

9. Sol. hat vor 5 Jahren die letzte Hgkur gebraucht. Er braucht jetzt 10 Innunctionen à 5,0, davon 4 innerhalb 2 Tagen. Zahnfleischaffection. Harn +.

10. Sel. Angina pectoris. Ischias. Hat bereits im vorigen Jahre 40 Innunctionen gebraucht; macht jetzt 40 Innunctionen und trinkt 27 Flaschen Dec. Zittm. fort. Harn —.

11. Ml. gebrauchte vorigen Herbst wegen Periostitis acromii 30 Innunctionen. Sechs Monate darauf wegen Myelitis transversalis und Augenmuskellähmung zunächst 39 Innunctionen à 5,0. Harn —. Nach einer mehrwöchentlichen Pause werden noch 11 Injectionen Hydr. cyan. jedesmal 0,01 sowie 20 Innunctionen gemacht. Harn —.

12. El. Zerfallendes Gumma der Epiglottis, tumorartige Auftreibung der l. Cartilago arytaenoidea. Pat. will seit dem J. 1869 circa 1000 Innunctionen gemacht haben. Derselbe gebraucht hier 48 Innunct. und 20 Injectionen. Harn +. Nach 14tägiger Pause Harn +.

13. Kor. 1879 inf. 66 Injectionen. 1881 Hgpillen. Jetzt Ulcus der rechten unteren Muschel. Nach 5 Innunctionen Schwellung des Zahnfleisches. Fieber. Harn —.

14. Kü. 1878 inf. 50 Injectionen. 1879 Innunctionen. 1880 Sublimatpillen in steigender Dosis. 1881 lähmungsartige Müdigkeit der Beine. Harn —.

15. Isr. Periostitis oss. front., oss. maxill. sup. dex. des Sternum, des Os sacrum, Parese, stark verminderte Kniereflexe; hat bereits viel Hg gebraucht; macht hier 42 Innunctionen und 18 Injectionen. Harn —. Pat. macht mit verschiedenen Unterbrechungen im Ganzen 78 Innunct. und 30 Injectionen. Harn — d a g e g e n die Fäces stark +.

16. Li. Iritis specif., Knötchenausschlag. Nach 28 Innunctionen Zahnfleischaffection. Harn —. Nach dreiwöchentlicher Pause Harn +.

17. Mie. hat vor 2 Jahren Innunctionen gemacht, leidet jetzt an Ulcus chordae vocal. Nach 20 Innunctionen Harn +.

18. Gotts. Vor 4 Jahren inf., seit 2 Jahren wiederholter Schlaganfall mit Aphasie. Nach 24 Innunctionen Spuren im Harn +.

19. Fr. Ekthyma universalis; hat 40 Einreibungen gebraucht; seit 20 Tagen ausgesetzt. Harn —. Nach 25 weiteren Einreibungen Harn +.

20. Dor. Epilepsia specif. Hat 31 Innunctionen gemacht, Zahnfleischaffection. Ulcera mercur. linguae. Harn —.

21. Chil. Zungensyphilis; hat bereits viel Hg gebraucht. Nach 35 Innunctionen Harn +.

22. Unc. Iritis specif. Nach 18 Innunctionen Harn —.

23. Ahlstr. Hat im vergangenen Jahre 75 Innunctionen gemacht. Klagt über Schwindel, Ohnmachtsanfälle. Nach weiteren 30 Innunctionen Harn —.

24. Ilw. Onychia specif. 18 Innunctionen. Harn —.

25. Adelh. inf. 1879. Epilepsia specif., gebraucht hier 45 Innunctionen. 3 Wochen nach denselben Harn stark +.

26. Kar. Caries der r. Nasenhöhle. 50 Einreibungen. Harn +.

27. Fi. hat vor 2 Jahren die letzte Hgkur gebraucht, macht jetzt wegen Cephalaea 27 Innunctionen. Harn —.

28. Be. Papulae man. symmetr. 20 Innunct. Harn —, nach weiteren 20 Innunctionen Harn +.

29. Dr. S. Cephalaea spec. Periostitis capitis. Nach 11 Innunct. Zahnfleischaffection. Harn +.

30. Lesn. 1880 inf. hat seitdem bis vor 14 Tagen Hgpillen genommen. Ulcera tons. et pharyng. et palpebr. super., gebraucht innerhalb 7 Wochen 30 Innunctionen. Harn —.

31. Mö. hat vor 10 Monaten eine Kur von 45 Innunctionen und 27 Dec. Zittm. beendet. Harn —.

32. Burm. hat wegen Periostitis tibiar. im vorigen Jahre hier 40 Innunct. gebraucht. Nach 8 Monaten Harn —.

33. Ekk. gebrauchte wegen zerfallender Gummata im vergangenen Jahre 40 Innunct. Nach 9 Monaten Harn —.

34. Zoll. hat die letzten 3 Jahre nach einander grosse Innunctionskuren gebraucht. Jetzt nach 12 Monaten Harn — aber auch die Fäces —.

35. Kr. hat vor 2 Jahren 40 Innunctionen gemacht. Jetzt Harn —.



36. v. H. gebrauchte mehrere Jahre nach einander, zuletzt vor 3 Jahren grosse Hgkuren. Jetzt zerfallende Knochengummata. Harn —. Nach 27 Inunctionen Zahnfleischaffection und Harn +. 4 Wochen nach Beendigung der Hgkur Harn ± zeigt Spuren? dagegen ergeben die Fäces reichlich Hg gelbe und rothe Form.

37. H. D. Im vorigen Jahre Inunct. und Dec. Zittm., jetzt nach einem Jahre Harn Hgfrei —.

38. Han. inf. 1880 — 1881 18 Inunctionen, nach 5 Monaten Ulcus der Tonsille und der Nase. Es werden 30 Inunctionen und 6 Injectionen gemacht. Harn —.

39. Bar. Primäraffection nebst secundären Erscheinungen. 38 Einreibungen und 7 Injectionen. Untersuchung des Harns zeigt Spuren +. Untersuchung der Fäces zeigt reichlich Hg.

40. Gol. Primäraffect. nebst Roseola. Nach 3 Inunctionen wird die Untersuchung der Fäces vorgenommen, reichlich Hg.

41. Hein. 1879 inf. Hgpillen. 1880 Jan. Inunctionen. 1881 Mai grosses Ulcus des Pharynx. Fieber. Nach 7 Inunctionen Zahnfleischaffection. Harn +.

Es kommen demnach auf 52 Harnuntersuchungen 32 negative und 20 positive Resultate. Unter den positiven wurde am frühesten 7 resp. 8, 10 und 12 Tage nach begonnener Behandlung das Hg im Harne gefunden. Im Ganzen wurden 10 positive Resultate während der Behandlung erzielt, 10 positive unmittelbar resp. bis zu 3 Wochen nach derselben. Von den negativen Resultaten kommen 14 während einer langen Behandlung, 18 nach derselben vor. Es zeigt sich in keinem einzigen Falle nach dem sechsten Monate ein positives Resultat.

Unter den negativen Resultaten musste es besonders auffallen, dass in den Fällen 4, 5, 11, 15, 39 trotz vieler Inunctionen und gleichzeitiger Injectionen der Harn Hgfrei blieb, oder nur Spuren zeigte. Dass in der Ausscheidung des Hg eine monate- oder jahrelange Intermittenz vorkäme, musste nach den vielen negativen Harnuntersuchungen als unwahrscheinlich erscheinen. Der Gedanke, das Hg müsse auf anderem als dem Harnwege aus dem Organismus in constanter Weise verschwinden, drängte sich demnach in den Vordergrund. Es wurde deshalb zuerst zur Fäcesuntersuchung des Falles 15 geschritten, bei dem keine sogenannten Hgerschei-



nungen seitens des Mundes oder Darmes vorhanden waren. Gleich die erste Untersuchung ergab einen reichlichen Hgnachweis. Acht Tage nach Aussetzen der Hganwendung wurden die Fäces ein zweites Mal untersucht; der positive Nachweis war wiederum reichlich.

Es wurden nun auch die Fäces des Falles 4 untersucht, bei dem das Hg im Harne erst nach 4 Untersuchungen und reichlicher Hganwendung erschienen war. Die Fäcesmenge bestand in einer langen Wurst, war nicht reichlich. Der Hggehalt der Fäces war beträchtlicher, als der des Harnes. Es wurde jetzt der Fall 39 vorgenommen, da hier auch in den Fäces, für den Fall die Hgausscheidung constant vor sich ging, Hg vermuthet wurde, um so mehr, als im Harne nur Spuren nach der langen Hgkur aufzufinden waren. Die Fäcalmenge war sehr gering, eine Tasse voll mehr flüssiger Masse. Der Hggehalt sehr reichlich. Jetzt durfte auch in dem Fall 40 schon recht früh Hg in den Fäces erwartet werden. Es waren 3 Inunctionen à 5,0 Ungt. h. cin. gemacht. Die Fäcalmenge war apfelgross und fest. Der Hggehalt wiederum reichlich.

Dagegen bot Fall 34 Gelegenheit, Harn und Fäces ein Jahr nach der letzten ausgiebigen von mir geleiteten Hgbehandlung zu untersuchen. Es durfte hier nach den vorausgegangenen Resultaten ein negatives Resultat erwartet werden. Weder im Harn noch in den Fäces war Hg nachweisbar.

Fall 36 bot Gelegenheit, 4 Wochen nach Beendigung der Hgkur Fäces und Harn zu untersuchen. Harn ergab fast zweifelhafte Färbung, jedoch röthlichen Schimmer im unteren Theil des Röhrchens auf weisser Unterlage. Dagegen ergaben Fäces einen breiten Hgjodidbelag, der 2 Tage gelb blieb, ehe er in die allotrope rothe Form überging. Es bedarf nur der Andeutung, dass die Fäces in einem durchaus reinen, eigens hergerichteten Gefässe gesammelt wurden. Was die Menge des in den Fäces nachgewiesenen Hg betrifft, so schätze ich diese, wenn ich sie mit dem Hgjodidbeschlage vergleiche, der aus $^1/_2$ Milligr. Sublimatlösung erhalten wurde, auf reichlich $^1/_2$ Milligr. Sublimatlösung entsprechend. Wenn auch während der täglichen Anwendung der Hgcur 10 und 20 Mal mehr als dieser ausgeschiedenen Menge entspre-



chend Hg einverleibt wird, so kann hieraus noch nicht geschlossen werden, dass für eine 30tägige Kur nun auch 300 resp. 600 Ausscheidungstage nöthig wären. Es ist wohl sicher, dass mit der Menge des eingeführten Hg auch die des ausgeschiedenen Hg zunimmt, und da doch auch durch den Harn Hg ausgeschieden wird, es auch wohl noch andere Ausscheidungswege gibt, so ist eine jahrelange Remanenz nicht wahrscheinlich bei der Annahme der continuirlichen Ausscheidung. Thatsächlich wurde in meinen Fällen von 6 Monaten ab nach der Hgkur kein Hg im Harne, ein Jahr nach der Hgkur keines in den Fäces gefunden.

Dem Einwurfe, der Untersuchungen der Fäces seien zu wenige, als dass man daraus Schlüsse herleiten dürfe, steht die Thatsache entgegen, dass, während die Harnuntersuchungen ein nicht erwartetes negatives Resultat in fast $^1/_2$ der Fälle ergaben, alle Fäcesuntersuchungen das erwartete positive Resultat ergaben.

Das Ergebniss der mitgetheilten Untersuchungen ist demnach: „Das Hg wird während der Hgkur schon sehr früh durch die „Fäces ausgeschieden und zwar in reichlicher Menge. Diese Aus„scheidung durch die Fäces scheint eine constante zu sein; sie „dauert auch noch Wochen nach der Hgkur in reichlicher Menge „an. Ein Jahr nach der Kur waren die Fäces Hgfrei. Die Aus„scheidung des Hg kann auch durch den Harn während der Kur „geschehen; sie ist aber keine constante; sie dauert auch nach „der Kur durch den Harn in inconstanter Weise fort. Vom sechsten „Monate nach der Kur konnte kein Hg mehr im Harne nachge„wiesen werden. Eine jahrelange Remanenz des Hg im Organismus „ist demnach unwahrscheinlich".

Es erübrigt nun noch, die Methode anzugeben, welche Herr Dr. Schridde bei der Untersuchung der Fäces auf Hg eingeschlagen hat.

„Die Fäces werden in demselben Porzellantopfe, in welchem sie entleert sind, mit circa 5 Gramm Brom versetzt und gehörig mit einem Holzspan durchgerührt. Hiedurch sind sie desodorirt. Man bringt sie jetzt in eine geräumige Porzellan-Abdampfschale und verdampft sie zur Consistenz eines dicken Breies, sofern sie erstere nicht schon von vorneherein besassen.



Diesem Brei werden ca. 30 Gr. conc. Salpetersäure und 100 Gr. conc. Salzsäure zugesetzt und wird eine so lange Zeit auf dem Wasserbade verdampft, bis die Masse trocken ist oder wenigstens nicht mehr nach Säure riecht. Letzterer Umstand ist sehr wichtig, weil die nicht zerstörte organische sehr voluminöse Masse der Fäces die Säure sehr fest hält, und man Gefahr läuft, dass nachher in der zu saueren Flüssigkeit die Lametta theilweise gelöst wird, sofern man nicht auf ein unnöthig grosses Volumen verdünnen will. Die so getrocknete Masse wird etwa 10 Minuten auf dem Wasserbade mit heissem Wasser digerirt und dann filtrirt. Die Filtration geht sehr rasch von Statten, und man erhält eine gelbe bis braune, vollkommen klare Flüssigkeit.

Mit dem nöthigen Waschwasser zusammen beträgt das Filtrat $^1/_4$ bis $^1/_2$ Liter je nach der Menge der Fäces, und in dieser Flüssigkeit wird das Quecksilber in derselben Weise, wie im Harn nachgewiesen".

Aachen, December 1881.



Bemerkung zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Schuster: „Ueber die Ausscheidung des Quecksilbers während und nach Quecksilberkuren".

Von **E. Ludwig** in Wien.

Herr Dr. Schuster in Aachen bezweifelt die Richtigkeit der von Vajda und Paschkis in dem Buche: „Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilisprocess" veröffentlichten Resultate ihrer ausgedehnten Untersuchungen, welche sich auf die Ausscheidung des Quecksilbers beziehen.

Nach der Aussage des Herrn Dr. Schuster soll nämlich die von mir angegebene Methode zum Nachweise des Quecksilbers in thierischen Substanzen [1]), deren sich Vajda und Paschkis bei einem Theile ihrer Untersuchungen bedienten, unzuverlässig sein.

Diese Anklage gegen meine Methode stützt Herr Dr. Schuster in folgender Weise: 1. Hat ihm Jemand gesagt, dass der im Handel vorkommende Zinkstaub (der bei meiner Methode zur Abscheidung des Quecksilbers aus den zu untersuchenden Flüssigkeiten dient) fremde Metallbeimengungen enthält, abgesehen davon, dass jeder Zinkstaub Arsen und Antimon enthält. 2. Hat sich Herr Dr. Schuster von Jemandem in vier Glasröhrchen die Jodidbeschläge von Arsen, Antimon, Quecksilber und Blei darstellen lassen und bei Betrachtung derselben die Jedem, der die Anfänge der qualitativen Analyse unorganischer Körper in einem chemischen Laboratorium erlernt hat, bekannte Erscheinung beobachtet, dass die Jodide der genannten Metalle ihrem äusseren Ansehen nach einen gewissen Grad von Aehnlichkeit besitzen.

---

[1]) Wiener medicin. Jahrbücher 1877, pag. 143 und 1880, pag. 493.



Auf eine solche Begründung hin, wie die oben dargelegte des Herrn Dr. Schuster ist, ein Urtheil über die Brauchbarkeit und Verlässlichkeit einer Methode auszusprechen, muss jeder Sachverständige zum mindesten für sehr sonderbar halten. Herr Dr. Schuster müsste zuerst den directen Beweis erbringen, dass der Zinkstaub bei meiner Methode das Resultat unsicher machen kann, dann würde er berechtigt sein, ein Urtheil über diese Methode zu fällen.

In meinem Laboratorium wurde selbstverständlich jede neue Sorte von Zinkstaub, die aus dem Handel bezogen war, vor ihrer Anwendung geprüft, und ich constatire, dass mir bisher noch kein Zinkstaub untergekommen ist, der einen störenden Beschlag gegeben hätte, wenn er mit einem quecksilberfreien Harne oder mit Wasser und etwas Salzsäure genau so behandelt wurde, wie es meine Methode erfordert.

Ich verlange daher von Herrn Dr. Schuster, dass er mit Zinkstaub und normalem Harne oder Wasser genau nach meinen Angaben einige Versuche anstelle; wenn es ihm nicht gelingen sollte, einen brauchbaren Zinkstaub zu finden, dann werde ich seinen Einwendungen Berechtigung zuerkennen, dann werde ich ihm aber auch jene einfachen, jedem Chemiker bekannten Mittel angeben, durch die er sich im vorliegenden Falle vor Verwechslungen schützen kann; bis dahin halte ich eine weitere Discussion über die Brauchbarkeit meiner Methode für überflüssig.

Die Herren Dr. Vajda und Dr. Paschkis theilen mir mit, dass sie selbst die Einwendungen des Herrn Dr. Schuster gegen ihre Resultate im nächsten Hefte dieser Zeitschrift beantworten werden; ich halte es für meine Pflicht, schon jetzt hervorzuheben, dass die Resultate dieser Autoren volles Vertrauen verdienen, weil jeder derselben sich mehrere Jahre hindurch vor dem Beginn der fraglichen Untersuchungen mit chemischen Arbeiten im Laboratorium beschäftigt hat und weil die Resultate in einem grösseren Laboratorium gewonnen wurden, in welchem stets mehrere erfahrene Fachchemiker zur Hand sind, um über zweifelhafte Fälle zu entscheiden.

Beobachtungen über Hirnsyphilis.

Von

Prof. Dr. Fr. Chvostek

k. k. Stabsarzt in Wien.

Im Nachfolgenden beabsichtige ich zunächst meine zahlreichen im Spitale gemachten Beobachtungen über Hirnsyphilis hie und da mit kurzen epikritischen Bemerkungen mitzutheilen und hierauf unter Benützung dieser, sowie der in der Privatpraxis von mir beobachteten Fälle und der mir über dieses Thema zugänglichen Literatur eine kurze Abhandlung über die Hirnsyphilis zu liefern. Selbstverständlich werden die allenfalls schon anderweitig von mir publicirten Fälle in die zunächst mitzutheilende Casuistik nicht aufgenommen, sondern erst später in der Zusammenstellung des ganzen Materiales benützt werden.

1. Beobachtung. Syphilitische granulöse Nephritis, schwielige Myocarditis und Endarteriitis mit consecutiver Hirnhämorrhagie. Narbe nach einem grossen syphilitischen Duodenalgeschwüre. Kleine Hämorrhagien in die Substanz und in den Pleuraüberzug des rechten mittleren Lungenlappens.

E. K...er, Oberlieutenant des 10. Art.-Bat., 30 Jahre alt, im 9. Dienstjahre, ist am 28. Nov. 1880 auf meine Abtheilung aufgenommen worden. Pat. stamme von gesunden Eltern ab und sei bis 1874 gesund gewesen. Da acquirirte er ein Ulcus durum, und 6 Wochen darnach traten ein Hautausschlag und Geschwüre im Rachen auf, welche Zustände unter einer antisyphilitischen Behandlung heilten. Seit dem J. 1877 bekomme er zeitweise zusammenschnürende Schmerzen 3—4 Stunden nach dem Essen, worauf sich manchmal sogar Erbrechen einstellt. 1878 überstand er, während des Feldzuges in Bosnien,



ein Wechselfieber, das mit kurzen Unterbrechungen etwa 2 Monate andauerte. Mehrere darnach begangene Diätfehler steigerten das Magenleiden. Seit 2 Monaten habe er heftige, reissende und klopfende Schmerzen abwechselnd bald in der Stirn, bald in der Schläfe, bald im Nacken. Dieselben kamen anfallsweise und wurden immer stärker und die Pausen zwischen ihnen kürzer. Vor 14 Tagen waren dieselben so heftig, das Pat. kaum sehen konnte. Er consultirte mich, ich ordinirte ihm Jodkalium, worauf die Schmerzen rasch immer geringer und weniger ausgebreitet wurden.

Status praesens: Pat. von kräftigem Knochenbaue, mässig genährt, blass. Gegenwärtig hat Pat. nur in der linken Stirne stechende Schmerzen. Die Zunge weicht etwas nach rechts ab. sonst von Seite der Hirnnerven keine Störung. Die Schleimhaut des Rachens geröthet und geschwellt; an der vorderen Fläche der ziemlich stark verlängerten Uvula eine weissliche, strahlige Narbe. Die Nacken-, Cubital- und Leistendrüsen sind ziemlich geschwellt, hart, nicht schmerzhaft. Von Seite der Brust- und Unterleibsorgane nichts Abnormes. Der Stuhl normal. Harn blassgelb, klar, enthält höchstens eine Spur von Eiweiss. — Schmierkur (2 Grm. pro die) und Jodkalium (1 Grm. pro die).

1. December. Die rechtseitigen Augenlider ödematös, dabei die Conjunctiva nicht entzündet; kein Kopfschmerz.

2. Dec. Das Oedem der Augenlider geschwunden. Gestern Nachmittags Schmerzen im Nacken und Eingenommensein des Kopfes gehabt, was sich gegen Abend verlor.

31. Dec. Die Schmerzen wurden immer seltener und schwächer.

In den letzten Tagen ist dann und wann, zumeist in der linken, bisweilen auch in der rechten oberen Extremität ein leichtes Zucken aufgetreten, das nur einige Minuten dauerte und wobei Pat. ein Gefühl von Einschlafen in der betreffenden Hand hatte.

1.—12. Jänner. 1881. Keine Schmerzen, keine Zuckungen mehr. Pat. fühlt sich wohl und wird reconvalescirt. Cardialgische Schmerzen waren während des Spitalaufenthaltes nicht vorhanden.

Am 20. September erschien Pat. in meiner Spitalsordination und theilte mir mit, dass er nach dem Austritte aus dem Spitale sich wohl befunden habe, und dass erst in der letzten Zeit Kopfschmerz, Schwindel, Schwäche in den Beinen und Unsicherheit beim Gehen sich eingestellt habe. Auch müsse er schon seit einiger Zeit öfters uriniren, wobei er viel Harn entleere und ziemlich viel Durst habe.



Ich rieth ihm sich so bald als möglich ins Spital aufnehmen zu lassen, was er auch den nächsten Tag ausführte.

Status praesens: 22. Sept. Pat. mässig abgemagert und blass. Er habe heute nur hie und da etwas Kopfschmerz, und gegenwärtig keinen Schwindel. Das Kopfhaar am Scheitel spärlich, sonst am Schädel nichts Abnormes. Die Stirn wird beiderseits gleich und gut gerunzelt, die linke Pupille ist ein klein wenig weiter als die rechte; beide reagiren gut; die Bewegung der Bulbi normal, ebenso das Sehvermögen. Von Seite der Gehörorgane keine Störung. Die Mundwinkel werden beiderseits gleichmässig gut gehoben. Die Zunge weicht etwas nach links ab. Im Rachen die Zeichen eines chronischen Katarrhes; an der vorderen Fläche der Uvula eine weissliche, strahlige Narbe. Pat. geht mit breiter Basis, beugt dabei die rechte untere Extremität im Kniegelenke etwas weniger als die linke und tritt mit derselben etwas stampfend auf. Sein Gang ist unsicher, beim Umdrehen schwankt er so stark, dass man sein Niederfallen fürchten muss. Die Kraft in den unteren Extremitäten ist gering, so dass Pat. nur kurze Strecken gehen kann; sie schwankt jedoch häufig in ziemlichem Grade, so dass er bald nur sehr kurze, bald relativ viel grössere Strecken zurücklegen kann. Das Tast- und Schmerzgefühl, sowie die Localisation ist an den unteren Extremitäten normal. Bei der Untersuchung der willkürlichen und der passiven Bewegungen in den einzelnen Gelenken findet man sonst keine Abnormität; die Patellar-Sehnenreflexe sind bedeutend gesteigert; Achilles-Sehnenreflex ist nicht vorhanden. Coordinationsstörung ist an den unteren Extremitäten nicht vorhanden. An den oberen Extremitäten ist die Kraft gering, sonst weder in Betreff der Coordination noch in Betreff der Sensibilität und der Reflexe irgend eine Störung nachweisbar. Bei aneinander geschlossenen Füssen schwankt Pat., selbst bei geschlossenen Augen nur unbedeutend; zeitweise macht jedoch dabei sein Oberkörper einen stärkeren Ruck nach vorne. Zeitweise habe Patient eine Beklemmung entsprechend dem oberen Theile des Brustbeines, der Herzstoss im 5. Intercostalraume in der Papillarlinie. Die Herzdämpfung vom oberen Rande der 4. Rippe, nach abwärts in die Leberdämpfung übergehend und vom linken Sternalrande bis zur linken Papillarlinie. Der erste Ton entsprechend der Herzspitze und den grossen Gefässen ist protrahirt; der zweite Ton an der Aorta und Pulmonalis ist verstärkt. Entsprechend den Lungen nichts Abnormes. Die Leber- und

Milzdämpfung normal. Im absteigenden Dickdarme und in der Flexur knollige Kothmassen. Der Puls und die Temperatur normal. Der Appetit mässig, der Durst bedeutend vermehrt. Pat. muss häufig uriniren und entleert viel blassen Harn; zeitweise sei die Harnentleerung schmerzhaft und werde bisweilen unterbrochen; der in der Urinflasche enthaltene Harn ist sehr blass, klar und, wie die später vorgenommene Untersuchung ergab, ohne Zucker, jedoch eine mässige Menge Eiweiss enthaltend. — Schmierkur, Jodkalium.

24. Sept. Pat. habe Nachts Kopfschmerzen gehabt und sehr unruhig geschlafen. Der Gang ist heute besser. Sonst Stat. idem.

25. Sept. Pat. habe die Nacht wieder schlaflos zugebracht und Kopfschmerzen gehabt. Das rechte obere Augenlid ist stark ödematös.

26. Sept. Seit 5 Uhr Morgens heftige, linksseitige Kopfschmerzen, seit 7 Uhr fortwährendes Erbrechen einer wässerigen, gallig gefärbten Flüssigkeit. Pat. ist somnolent. Die Augenlider, die Conjunctiva, die Gegend der Augenbrauenbogen, die Nasenwurzel und die oberen Partien der Wangen sind ödematös. Die Pupille sehr eng; die Bewegungen der Bulbi normal; das Sehvermögen ist nicht nachweisbar gestört. Von Seite des Gehörorganes nichts Abnormes. Die Stirn wird beiderseits gleich gerunzelt; der linke Mundwinkel hängt etwas herab und wird willkürlich nicht gehoben, und die linke Nasolabialfalte ist wenig ausgesprochen, während die Wangenzweige des rechten Facialis sich normal verhalten. Die hervorgestreckte Zunge weicht nur etwas nach links ab. Eine leichte Contractur und Schmerzhaftigkeit der Nackenmusculatur. Lähmung der linksseitigen Extremitäten. Auf Nadelstiche, applicirt auf die linke Körperhälfte, reagirt Pat. nicht, ganz deutlich aber beim Stechen der rechten Körperhälfte. Ganz ausgesprochene Cheyne-Stockes'sche Respiration, wobei die Athempausen etwa 15, die Respirationsperioden etwa 12 Secunden dauern. Puls 112. Im Harne ziemlich viel Eiweiss. Sonst Stat. idem.

27. Sept. Temperatur gestern Abend 38·2°, heute Morgens 38·1°. Im Verlaufe des gestrigen Tages hat Pat. mehrere Male und heute Nachts zweimal erbrochen. Das Bewusstsein seit gestern Mittags ganz erloschen; Stuhl- und Harnentleerung unwillkürlich. Die Pupillen sind sehr eng und reagiren nicht; der linke Bulbus geht, bei Bewegung des rechten nach innen, über die Medianlinie nicht nach aussen; die anderen Bewegungen scheinen gut von Statten zu gehen. Das Oedem ist geringer. Die Cheyne-Stokes'sche Respiration ist heute

minder ausgesprochen, u. zw. insofern, als nur zeitweise eine Athempause von wenigen Secunden vorhanden ist, häufiger jedoch ganz fehlt, während die Respiration sich selbst dann, wenn die Athempause fehlt, so wie bei der Cheyne-Stokes'schen Respiration verhält; es kommen während 25 Secunden 10—12 Respirationen in der bekannten Art. Puls 152, klein. Der Kopf ist nach links gedreht; beim Versuche ihn nach rechts zu drehen verzieht der Kranke schmerzhaft sein Gesicht, wobei nur der rechte, nicht aber der linke Mundwinkel gehoben wird. Sonst Stat. idem.

28. Sept. Seit gestern kein Erbrechen. Die Respiration regelmässig. Puls fadenförmig, nicht zu zählen; der Herzstoss schwach, etwa 150. Das Oedem der Augenlider ganz geschwunden; bei Berührung der Conjunctiva kommt es zu keinem Reflex. Bei Drehung des Kopfes nach rechts kommt es noch zu einem schmerzhaften Verziehen des Gesichtes. Das Schlingen seit gestern ganz unmöglich. Cyanose an den Extremitäten. Sonst Stat. idem. Der Tod erfolgt erst am Abend.

Sectionsprotokoll (Dr. Weichselbaum): Die Leiche kräftig gebaut, mager. Die Haut des Gesichtes leicht gelblich, die des übrigen Körpers weiss. Das Schädeldach nahezu rund, 5—8 Mm. dick; die Diploë wenig entwickelt. Die Dura mater stark gespannt, dünn, durchscheinend, wenig injicirt. Die Sinus der Dura mater enthalten lockere, schwarzrothe Blutgerinnsel. Sowohl die Arterienstämme der Hirnbasis, als auch deren Verästlungen, soweit sie mit dem freien Auge verfolgt werden können, zeigen auf ihrer Intima zahlreiche, kleine, gelbliche Verdickungen, durch welche jedoch das Lumen nicht namhaft verengt wird; am stärksten sind diese Verdickungen am cerebralen Stücke der beiden inneren Carotiden ausgeprägt. Die inneren Hirnhäute sind zart, wenig injicirt. Die Oberfläche des Grosshirnes, besonders der rechten Hemisphäre ist abgeplattet. Das rechte Centrum semiovale Vieussenii, die äusseren Partien des rechten Linsenkernes sammt der äusseren Linsenkapsel und Vormauer werden von einem orangengrossen, frischen, schwarzrothen, hämorrhagischen Herde eingenommen und die darangrenzenden Hirnpartien sind von zahlreichen capillaren Extravasaten durchsetzt. Dieser Herd ist in den rechten Seitenventrikel durchgebrochen; in diesem, sowie auch im linken Seitenventrikel findet sich etwas flüssiges und geronnenes Blut. In der Marksubstanz des linken Scheitellappens, dicht hinter der Centralfurche findet sich ein haselnussgrosser und im rechten Sehhügel ein erbsen-

grosser, frischer hämorrhagischer Herd. Die Schleimhaut der Uvula zeigt an ihrer vorderen Fläche eine weissliche, strahlige Narbe, die linke Tonsille, im geringeren Grade auch die rechte, eitrig infiltrirt. Beide Lungen frei. Die Pleura des rechten Mittellappens ecchymosirt; in der Substanz des Mittellappens mehrere, meist erbsen- bis bohnengrosse, an der Schnittfläche etwas vorragende, luftleere, hell- oder dunkelrothe Herde. Die hinteren Partien der beiden Unterlappen etwas dichter und blutreicher; sonst an den Lungen nichts Abnormes. Das Herz ist vergrössert. Der linke Ventrikel erweitert; die Wand und die Papillarmuskeln desselben sind verdickt und die erstere an mehreren Stellen gegen die Herzspitze zu von weisslichen, derben Bindegewebszügen durchsetzt. Im Uebrigen ist das Herzfleisch, besonders das des rechten Ventrikels derb, auffallend blass und von eigenthümlichem, speckigem Glanze. Die Zipfel der Valv. bicuspidalis sind stellenweise etwas verdickt, desgleichen der freie Rand der Aortenklappen, besonders in der Umgebung der Noduli; auch sind die rechte und mittlere Aortenklappe unter einander verwachsen; die Ostien sind für zwei Finger durchgängig. In den Sinus Valsalvae und an der Abgangsstelle der grossen Gefässe ist die Aorta, u. zw. stellenweise sogar bedeutend verdickt und gelblich gefärbt; schneidet man die grösseren Plaques ein, so findet man dieselben aus einem ziemlich derben, gelblichweissen Gewebe bestehend. Aehnliche Stellen findet man in grosser Zahl in den beiden Carotiden. — Die Leber ist klein, ihr freier Rand scharf, die Kapsel am letzteren sehnig getrübt, die Substanz derb, fein acinös, etwas blutärmer; im linken Lappen mehrere gelb gefärbte Partien. Die Gallenblase enthält dickflüssige, dunkelbraune Galle. Die Milz von mittlerer Grösse, derb, theils braunroth, theils schwarzroth.

Das Pancreas zeigt keine Veränderungen. Die Nieren sind etwas verkleinert; die Kapsel grösstentheils leicht ablösbar; die Oberfläche exquisit höckerig, wobei die Höcker ziemlich und gleichmässig gross sind; in der Rindensubstanz wechseln gelbe und dunkelrothe Stellen ab; auf der Oberfläche der Nieren sieht man auch den Glomeruli entsprechende, punktförmige Blutextravasate. Die Harnblase enthält dünnen, braunlichen Harn. Im Sulcus retroglandularis penis eine verdickte, narbenähnliche Stelle. Die Schleimhaut des Magens ist stark gefaltet, ecchymosirt. Im oberen Querstücke des Duodenums eine bis zum absteigenden Stücke desselben reichende, strahlige, weissliche Narbe.

Diagnose: Syphilitische Endarteriitis des ganzen Arteriensystems, besonders der Arterien des Gehirnes mit Verfettung der erkrankten Stellen. Orangengrosser, frischer hämorrhagischer Herd im rechten Centrum semiovale und den äusseren Partien des Linsenkernes und in der äusseren Kapsel und Vormauer, mit Durchbruch in die Seitenventrikel; ein haselnussgrosser frischer apoplektischer Herd im Mark des linken Scheitellappens und ein erbsengrosser im rechten Sehhügel. Schwielige syphilitische Myocarditis im linken Herzventrikel. Granulöse Nephritis beiderseits und excentrische Hypertrophie des linken Herzventrikels. Ecchymosen der Pleura des rechten Mittellappens und kleine Hämorrhagien in der Substanz des letzteren. Eine syphilitische Narbe auf der Schleimhaut der Uvula, auf der des Duodenums und im Sulcus retroglandularis penis.

Drei Jahre nach der Infection traten zunächst Erscheinungen auf, die auf das durch die Obduction nachgewiesene Duodenalgeschwür hindeuteten, und durch drei Jahre andauerten, nämlich, zeitweise auftretende zusammenschnürende Schmerzen, 3 bis 4 Stunden nach dem Essen, manchmal sogar von Erbrechen begleitet. Diese Erscheinungen hörten offenbar mit der Vernarbung des Duodenalgeschwüres nach. Mit dem Aufhören der Magensymptome traten anfallsweise heftige Kopfschmerzen auf, zu denen sich nach 2 Monaten vorübergehend Nackenschmerzen gesellten, und die sich unter Jodkaligebrauch und später auch unter Anwendung der Schmierkur verloren. Da während der Abnahme der Kopfschmerzen eine Spur von Eiweiss im Harne nachgewiesen und ganz vorübergehend auch Oedem der rechtseitigen Augenlider beobachtet wurde, so ist offenbar schon damals die Nierenerkrankung vorhanden gewesen und es lässt sich nicht entscheiden, ob die Kopfschmerzen auf diese oder auf die luetische Erkrankung der Hirnarterien zu beziehen seien.

Von den erst einige Zeit vor dem apoplektischen Anfalle aufgetretenen Symptomen (Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, Unsicherheit des Ganges, grosse Schwäche in den unteren Extremitäten, Ungleichheit der Pupillen, Abweichen der hervorgestreckten Zunge nach links) könnten allenfalls nur die vier ersten auf das Nierenleiden bezogen werden; aber höchst wahrscheinlich hängen auch diese wenigstens theilweise mit der Endarteriitis der Hirn-



arterien zusammen, während die drei letzteren nur auf diese bezogen werden können.

Dass die Endarteriitis in diesem Falle luetitchen Ursprunges ist, dafür spricht ihr ziemlich hoher Grad, trotzdem der Patient erst 30 Jahre alt war und die Nachweisbarkeit von syphilitischen Veränderungen auch in anderen Organen.

In diesem Falle kam es nun zur Hirnhämorrhagie und in Folge dieser zum lethalen Ende. Diese Hirnhämorrhagie war bedingt zum Theil durch die luetische Erkrankung der Hirnarterien, zum Theil durch den gesteigerten Blutdruck im Aortensystem in Folge der syphilitischen granulösen Nephritis und der Endarteriitis. Wie selten es im Verlaufe einer syphilitischen Erkrankung der Hirnarterien zu einer Hirnhämorrhagie kommt, ist daraus zu ersehen, dass Heubner[1]) nur einen einzigen Fall von echter Hirnhämorrhagie, nämlich den Ljunggren'schen, auffinden konnte.

Auf die Symptome und sonstigen Verhältnisse der Hirnhämorrhagien in diesem Falle näher einzugehen, halte ich nicht für zweckmässig, da es mich sonst zu weit von meinem jetzigen Plane ablenken würde.

2. Beobachtung. 12 Jahre nach der Primäraffection ein apoplekt. Anfall mit linkss. Hemiplegie, Sprachstörung, Herabhängen des linken oberen Augenlides, Zurückgehen der Erscheinungen bis auf einen kleinen Rest, dagegen geringe Abnahme der psych. Thätigkeiten und die Erscheinungen der secundären Degenerat. des linken Seitenstranges des Rückenmarkes. Tod vier Jahre später durch traum. Pleuritis. Syphilitische Endarteriitis der A. basil. und der AA. vertebrales, ältere encephalitische Herde in der Brücke auf der Oberfläche beider Pyramiden und im rechten Gyrus uncinatus. Sklerose des linken hinteren Seitenstranges des Rückenmarkes. Geringe Atrophie der Stirnlappen.

---

[1]) Die Syphilis des Gehirns und des übrigen Nervensystems, in Ziemssen's Handbuch d. spec. Path. u. Ther. XI. B. 1. Hälfte, Krankht. d. Nervens. I. 1876. pag. 273.



C. M..th., k. k. Oberlieutenant des 55. Inf.-Reg., geb. 1839, dient seit 1860. Pat. stamme von gesunden Eltern ab und sei bis vor 12 Jahren gesund gewesen. Da acquirirte Pat. einen Schanker, dem einige Wochen später ein Hautausschlag und eine Halsentzündung folgte, welche Krankheitserscheinungen unter einer antisyphilitischen Behandlung behoben worden seien. Später sei er wieder gesund gewesen. Mitte September 1876 habe er eine Uebung mitmachen müssen, bei welcher er ohne Mantel und nur in leichten Kleidern $^3/_4$ Stunden hindurch auf einem durchnässten Boden während eines mässigen Regens liegen musste. Darauf seien Schmerzen in der linken oberen und unteren Extremität und halbseitiger Kopfschmerz aufgetreten, und bald darnach sind seine linksseitigen Extremitäten plötzlich gelähmt worden. Pat. kam in das Garnisons-Spital zu Lemberg, wo er etwa drei Monate verblieb. Hier fand man das Gesicht turgescirend, die linke Pupille erweitert, die Wangenzweige des l. Facialis paretisch, die Sprache undeutlich, lallend, die l. Extremitäten total gelähmt, das Bewusstsein erhalten. Puls 60. — Allmählich besserten sich die Erscheinungen. Am 16. December 1876 wurde Pat. auf meine Abtheilung aufgenommen.

Status praesens: Pat. kräftig gebaut, gut genährt. Sämmtliche psychischen Functionen, insbesondere das Gedächtniss und die Urtheilskraft sind deutlich abgeschwächt. Pat. habe gegenwärtig weder Kopfschmerz noch Schwindel. Heute Nachts delirirte Pat. etwas. Der linke Mundwinkel wird ein klein wenig minder gut gehoben, als der rechte, und die linke Nasolabialfalte ist etwas Weniges minder gut ausgesprochen, als die rechte. Das linke obere Augenlid hängt deutlich herab und wird auch nicht so vollständig gehoben, als das rechte. Die linke Pupille ist merklich weiter und minder gut reagirend, als die rechte. Die Bewegungen der Bulbi sind normal; kein Doppeltsehen. Gehör, Geruch und Geschmack normal. Die Sprache ist deutlich erschwert; die Zunge etwas minder gut beweglich, die willkürliche Bewegung im linken Schultergelenke ist sehr unvollkommen; auch in den übrigen Gelenken der linken oberen Extremität sind die willkürlichen Bewegungen unvollständig und schwach. Passiv lässt sich diese Extremität im Schultergelenke nur unter sehr heftigen Schmerzen höchstens bis zur horizontalen (beim Stehen oder Sitzen des Pat.) Lage bewegen; im Ellbogengelenke lässt sie sich wegen mässiger Contractur sowohl der Beuger, als auch der Strecker nicht ganz vollständig

passiv ausstrecken und beugen, wobei ebenfalls Schmerzen entstehen; in den übrigen Gelenken dieser Extremität findet sich ebenfalls eine mässige Beugecontractur. Tast-, Localisations- und Schmerzgefühl sind an dieser Extremität normal. Bei passiver Dorsalflexion im Metacarpo-Phalangealgelenke der vier letzten Finger entsteht eine schüttelnde Bewegung der Hand, welche durch einige Secunden andauert. Diese schüttelnde Bewegung entsteht jedoch nicht, wenn man die Hand im Handwurzelgelenke oder in den übrigen Fingergelenken passiv streckt, ebenso nicht durch Druck auf irgend einen Theil der Hand. An der r. oberen Extremität nichts Abnormes. Die Bewegungen der linken unteren Extremität sind unvollkommen, ziemlich schwach, die Musculatur derselben, namentlich die Beuger des Kniegelenkes sind im Zustande einer leichten Contractur. Die Sensibilität ist an dieser Extremität normal. Bei Dorsalflexion des Fusses kommt es zu starken schüttelnden Bewegungen, die lange andauern, ja sich nach und nach steigern. Die rechte untere Extremität verhält sich normal. Von Seite der Harnblase und der Genitalorgane keine Functionsstörung, An den Brust- und Unterleibsorganen nichts Abnormes. Die peripherischen Arterien sind elastisch; der Puls normal.

Die faradische Erregbarkeit der Beuge- und Streckmusculatur am linken Vorderarm, sowie diejenige der linken Daumenballenmusculatur und des linken N. medianus und radialis ist ebenso, wie an den entsprechenden Theilen der rechten oberen Extremität normal; höchstens ist sie an der Beugemusculatur des linken Vorderarmes eher etwas Weniges gesteigert. Bei der Untersuchung mit dem galvanischen Strome tritt bei R. M. N. St. die Anfangsreaction (Ka. S. Z.) am N. rad. bei 21, am N. median. bei 20 Siemens-Halske'schen Elementen beiderseits, rechts in normaler Weise als einfache Zuckung, links dagegen als eine schüttelnde Bewegung ein.

Therapie: 1 Grm. Jodkalium pro die; passive Bewegungen im linken Schultergelenke und Galvanisation am rechten Halssympath. und durch die rechte Kopfhälfte stabil und labile R. M. N. St. ℘ an den linksseitigen Extremitäten.

14. März 1877 wurde Pat. auf sein Verlangen in bedeutend gebessertem Zustande entlassen.

Am 26. November 1878 kam er wieder auf meine Abtheilung. Während der Abwesenheit aus dem Spitale habe er ausser einer Kaltwasserkur noch einige Medicamente gebraucht, ohne dass eine weitere

Besserung sich eingestellt hätte. Im Spitale wurde die frühere Behandlung (Jodkalium, Galvanisation) fortgesetzt und ausserdem noch 80 Inunctionen von je 2 Grm. Ung. Hydrargyri in vier, durch Zwischenräume von 3—4 Wochen getrennten Perioden (in jeder 20 Einreibungen) angewendet. Der Zustand besserte sich anfangs unter dieser Behandlung allmälig noch weiter, später aber nicht mehr.

Status praesens 29. April 1880: Pat. kräftig gebaut, gut genährt. Pat. habe weder Kopfschmerz noch Schwindel. Der Schlaf ist gut. Ganz deutlich ist eine geringgradige Abnahme der Intelligenz nachweisbar. Von Seite des Gehörorganes nichts Abnormes. Das linke obere Augenlid steht ein klein wenig tiefer und die linke Pupille ist weiter als die rechte; sonst an den Augen nichts Abnormes. Der linke Mundwinkel wird weniger gut gehoben und die linke Nasolabialfalte ist minder deutlich ausgesprochen, als dies rechterseits der Fall ist. Die Zunge weicht nur unbedeutend nach links ab. Die Sprache, der Geschmack, das Schlingen und auch der Geruch bieten keine nachweisbare Anomalie dar. Die Kraft der linken Hand ist nur unbedeutend geringer, als diejenige der rechten. Die Contractur im linken Schultergelenke ist noch immer im mässigen Grade vorhanden; im Ellbogengelenke besteht nur noch eine leichte Contractur der Beuger; im Handwurzel- und in den Fingergelenken ist keine solche mehr vorhanden. Die Sensibilität der beiden oberen Extremitäten ist intact; das Handphänomen aber noch immer vorhanden. Pat. kann mehrere Stunden bereits gehen und man bemerkt an seinem Gange, wenn er sich nicht beobachtet wähnt, respective wenn er nicht erregt ist, höchstens eine Spur von Steifheit im linken Kniegelenke. Fordert man ihn jedoch zum Gehen auf, was ihn eben erregt, so bemerkt man eine deutlichere Steifheit im linken Kniegelenk; dabei tritt beim Emporheben des Fusses ein leichtes Schütteln desselben und gleichzeitig auch ein leichtes Schütteln der Hand. Die Sensibilität ist an der linken unteren Extremität normal, der Patellar- und Achillessehnenreflex jedoch sehr bedeutend gesteigert. Sonst nichts Besonderes.

30. April bis 7. Juli. Stat. idem.

8. Juli. Pat. ist gestern Vormittags beim Hinaufgehen über die Stiege gefallen und habe sich dabei mit der linken Thoraxhälfte an der letzteren aufgeschlagen. Darauf trat 5 Uhr Nachmittags Frösteln mit darauffolgender Hitze, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Appe-

titlosigkeit und vermehrter Durst auf. Die Pupillen sind etwas enger. Sonst Stat. idem.

9. Juli. Kein Erbrechen mehr; der Kopf ist eingenommen. Leichte Parese auch der Stirnzweige des linken Facialis (die linke Stirn wird etwas minder gut gerunzelt als die rechte). Die Sprache ist etwas Weniges erschwert. Puls 84.

10. Juli. Pat. habe seit dem Falle zeitweise etwas Stechen auf der linken Thoraxhälfte. Am Thorax und an den Brustorganen nichts Abnormes nachweisbar. Der Kopf ist heute frei; die Sprache wieder besser. Temperatur 36·5°, 37·0°.

13. Juli. 37·5°. Abends 38·5°. Heute ist links hinten unten pleuritisches Exsudat bis zum Scapularwinkel nachweisbar.

14.—24. Juli. Unter mässigem Fieber stieg das Exsudat immer mehr und mehr und füllte schliesslich die ganze linke Pleurahöhle aus, dabei das Herz nach rechts in ziemlichem Grade verdrängend. Am 18. Juli hatte Patient einen Frost. Am 24. Juli erfolgte der Tod.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle (Dr. Weichselbaum). Leiche von ziemlich kräftigem Körperbaue, schlecht genährt. Die Haut schmutzig-weiss, mit einem Stich in Gelbliche, besonders im Gesichte. Das Schädeldach fast rundlich, 3—4 Mm. dick und spongiös; die Nähte sind vorhanden, jedoch die Kranznaht und der vordere Theil der Pfeilnaht schon etwas undeutlich. Der Sinus falciformis major strotzend mit geronnenem Blute erfüllt. Die Dura mater dünn durchscheinend, mässig injicirt; ihre Innenfläche glatt und glänzend. Die inneren Hirnhäute an der Convexität des Grosshirnes, entsprechend den Hirnfurchen verdickt und weisslich gefärbt; einzelne Venen derselben geschlängelt. Die Stirnlappen auffallend schmal, die Windungen derselben etwas niedriger und schmäler und von den weichen Hirnhäuten leicht abzulösen. Die Hirnsubstanz im Allgemeinen von teigiger Consistenz, ziemlich blutreich. Die Hirnventrikel im geringen Grade erweitert und von klarem Serum erfüllt; das Ependym zähe und seine Venen stark mit Blut gefüllt und im vierten Ventrikel, sowie im Aquaeductus Sylvii mit dichtstehenden, eben noch sichtbaren, durchscheinenden Knötchen besetzt. Die beiden AA. vertebrales zeigen eine etwas verdickte, nahezu undurchsichtige, weissliche Wandung.

Während die rechte A. vertebralis etwas weiter als gewöhnlich ist, erscheint die linke, unmittelbar hinter der Abgabe der A. cere-



belli inf. post. so verengt, dass sie kaum für eine gewöhnliche Knopfsonde durchgängig ist. Diese verengte Stelle ist kaum $^1/_2$ Ctm. lang, die Intima daselbst rauh und von kaum sichtbaren, blassgrauen Auflagerungen bedeckt. Unmittelbar ober der verengten Stelle ist das Lumen leicht erweitert, und dann wieder bis zur Einmündung der A. basilaris verengt. An der letzteren verengten Stelle zeigt die Intima dieselbe Beschaffenheit, wie an der zuerst erwähnten. Die Wand der rechten A. vertebralis ist im geringen Grade, jedoch gleichmässig verdickt; die Intima ist allenthalben glatt und glänzend. Die A. basilaris zeigt beiläufig in ihrer Mitte, an der rechten seitlichen Wand, eine längliche Ausbuchtung von 4 Mm. Länge und 2 Mm. Tiefe; diese Ausbuchtung communicirt durch zwei mohnkorngrosse Oeffnungen mit dem Lumen der Arterie, während die letztere zwischen den beiden Oeffnungen durch eine fibröse Scheidewand von der Ausbuchtung getrennt ist. Ober dieser Ausbuchtung findet sich eine andere, die sich jedoch an der oberen Wand der Arterie befindet und 4 Mm. lang und 1 Mm. tief ist. An der Abgangsstelle der rechten A. profunda cerebri ist das Lumen der A. basil. wieder verengt und die Intima wie an den anderen verengten Stellen beschaffen. Die übrigen Arterien zeigen keine merkliche Veränderung. Der vorderste Theil des rechten Ammonshornes ist mit der lateralen Wand des Unterhornes verwachsen. Der rechte Gyrus uncinatus zeigt entsprechend dem hinteren Ende des Unterhornes einen seichten, circa 2 Ctm. breiten und 1 Ctm. langen Defect, in dessen Basis die Rinde etwas derber und gelblich gefärbt ist. Das vordere Ende des linken Ammonshornes ist ebenfalls mit der vorderen Wand des Unterhornes verwachsen. Die vordere Hälfte der unteren Fläche der linken Brückenhälfte ist in diffuser Weise gelblich verfärbt. Der Verfärbung entsprechend ist die Substanz der Brücke derber und von gallertartiger Beschaffenheit. Ausserdem befindet sich unmittelbar neben der Raphe der Brücke zu beiden Seiten derselben je ein längsverlaufender gelblicher Streifen. In der Substanz der rechten Brückenhälfte, $^1/_2$ Ctm. von der Oberfläche entfernt, ist eine circa hanfkorngrosse, von seröser Flüssigkeit erfüllte Höhle mit derber, gefässreicher Wand. Der mediale Abschnitt der rechten Pyramide ist an seiner Oberfläche ebenfalls gelblich gefärbt, daselbst etwas derber und von gallertartiger Beschaffenheit; diese Veränderung erstreckt sich bis zu 1 Mm. Tiefe. Endlich ist an der Oberfläche der linken Pyramide ebenfalls ein schmaler gelblicher Streifen. Der linke hintere



Seitenstrang ist in der ganzen Ausdehnung des Rückenmarkes grau und von gallertartigem Aussehen; jedoch betrifft diese Veränderung im Lendenmarke mehr die vorderen, im Brust- und Halsmarke mehr die hinteren Partien dieses Seitenstranges.

In der linken Pleurahöhle sind circa zwei Liter einer trüben, schmutzig grauen Flüssigkeit angesammelt. Die linke Lunge an zwei Stellen ihrer vorderen Fläche mit der Costalwand verwachsen und total comprimirt; die Pleura von einer sehr weichen, schmutzig grauen Gerinnung überzogen. Spärliches (100 Grm.) pleuritisches Exsudat rechterseits. Das parietale und viscerale Blatt des Pericardiums mit spärlicher Fibringerinnung bedeckt; im Herzbeutel einige Tropfen gelben Serums. Die Bicuspidal- und Aortenklappen in geringem Grade verdickt. Die Intima der Aorta zeigt mehrere plattenförmige Auflagerungen. Die Milz etwas vergrössert, weich, hellbraun. Die Leber etwas klein, schlaff, hellbraun, nahe der Oberfläche an mehreren Stellen ins Gelbliche verfärbt. Sonst keine Veränderungen nachweisbar.

Diagnose: Syphilitische Endarteriitis der linken A. vertebralis und der A. basilaris mit partiellen Verengerungen und Erweiterungen dieser Gefässe. Aeltere encephalitische Herde in der Brücke, auf der Oberfläche beider Pyramiden und im Gyrus uncinatus der rechten Seite. Chron. Oedem der inneren Hirnhäute und geringer chron. Hydrocephalus intern. Granulationen auf dem Ependym des 4. Ventrikels. Sklerose des linken hinteren Seitenstranges des Rückenmarkes. Linksseitiges, eitriges, pleuritisches Exsudat und Compression der linken Lunge. Spärliches pleuritisches Exsudat rechterseits und Pericarditis sicca.

III. Beobachtung. 15 Jahre nach der Primäraffection durch ein Jahr starke psych. Reizbarkeit, dann Tobsucht. Unter antisyphilit. Behandlung allmälige bedeutende Besserung. Später unter Auftreten eines syphilit. Exanthems Manie mit raschem Verfall der psychischen Thätigkeiten; Grössendelirien bis zum Ende. Tod durch Pneumonie etwa ein Jahr nach dem Tobsuchtsanfalle. Syphilitische Endarteriitis der A. basil. und der r. A. prof. cerebri mit Verengerung derselben. Geringgradige Atherose der übrigen Arterien der Hirnbasis. Bedeutendes chron. Hirnhautödem mit partieller Verwachsung der



Hirnhäute mit der Hirnrinde der Stirnlappen nebst Atrophie der letzteren. Osteophyten auf der Innenfläche des Stirnbeines. Atherose der Aorta. Pneumonie.

F. v. B., k. k. Hauptmann, 45 Jahre alt, wurde am 7. October 1880 meiner Abtheilung behufs Beobachtung seines Geisteszustandes übergeben. Seine Frau gibt an, dass er im vorigen Jahre sowohl zu Hause als auch im Dienste immer reizbarer wurde, und sich schliesslich durch jede Kleinigkeit verletzt und beleidigt gefühlt habe. Jänner 1880 sei er plötzlich tobsüchtig geworden, so dass er in die Irrenheilanstalt nach Krakau überführt werden musste. Dort habe er 2mal durch einige Wochen die Schmierkur durchgemacht, wegen andauernder Schlaflosigkeit Chloralhydrat und ausserdem auch Bromkalium in steigender Dosis bekommen. Nach 5monatlichem Aufenthalte in der Anstalt sei er wesentlich gebessert auf 2 Monate beurlaubt worden. Den Urlaub brachte er bei seinen Angehörigen zu und befand sich daselbst anfangs ziemlich gut und war ruhig und heiter; bald aber verschlimmerte sich sein Zustand allmählich wieder, so dass er auf meine Abtheilung übergeben wurde. Ueber eine hereditäre Anlage zu Nervenkrankheiten konnte nichts Näheres eruirt werden. Alkoholische Getränke habe er wohl gewöhnlich getrunken, aber nie übermässig. Patient selbst gibt in einer schön und correct geschriebenen, kurzen Biographie an, dass er im Mai 1864 im Garnisons-Spitale zu Kaschau wegen constitutioneller Syphilis mit Quecksilber behandelt wurde. Eine 1866 erlittene Schusswunde heilte nur sehr langsam, angeblich nach Aussage des ihn behandelnden Arztes, weil die Syphilis noch nicht ganz getilgt sei. Kinder habe er keine. — Während des Aufenthaltes des Pat. auf meiner Abtheilung stand auch seine Frau wegen Periostitis Sterni spec. in meiner Behandlung. — Der Schluss seiner Biographie lautet: „Am 27. Jänner d. J. bewirthete ich gelegenheitlich der Anwesenheit des Schwagers meiner Frau Herrn .... mehrere Cameraden, aus welcher Unterhaltung ernste Entzweiung und meine Abführung nach Krakau in das Civilspital Lazar erfolgte; dort verblieb ich bis zum 18. August d. J., erhielt dann einen Erholungsurlaub für M. (Lithauen) zu meiner Schwester; ich erholte mich dort durch häufigen Aufenthalt im Freien, im Walde, an den vielen Seen u. s. w.; doch in der 4. Woche stellten sich [die noch merkbaren Geschwüre ein, welche theilweise geheilt eine Vermehrung im Kleinen nach sich zogen".

Status praesens: Pat. von kräftigem Knochenbaue, gut entwickelter Musculatur, mässig fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Das Kopfhaar ziemlich dicht, etwas grau. Oberhalb der linken Augenbraue in der Haut ein harter flacher Knoten von Linsengrösse. Die Pupillen eng, sonst von Seite der Hirnnerven keine Abnormität nachweisbar. Ebenso ist von Seite des Nervensystems am Stamme und an den Extremitäten keine Störung bemerkbar. Das Zäpfchen lang, nach rechts gedreht. Am obersten Theile des Nackens eine thalergrosse Fettgeschwulst. Die physikalische Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane ergibt nichts Abnormes. Entsprechend dem Kreuzbeine und dem Gesässe, ferner im Hypogastrium oberhalb der Symph. ossium pubis findet man theils hanfkorngrosse bis fast 1 Ctm. im Durchmesser haltende von einem dunklen, rothen Hofe umgebene Pusteln, theils ebenso grosse, bräunliche, von kupferrothem, leicht erhabenem Hofe umgebene Krusten. Stuhl und Harn bieten nichts Besonderes dar. Am Penis eine kleine Narbe. Die Lymphdrüsen sind nicht geschwellt. — Schmierkur, Jodkalium.

14. October. Pat. hat, nach Angabe des Wärters, im Bette liegend, mit nicht anwesenden Personen ein Gespräch geführt. „Mir ist hier zu kalt; in der Früh 12°. Ich habe dem Wärter den Schlüssel weggenommen, weil er mich eingesperrt hat. Bin ich Arrestant? Was soll ich thun, wenn ich hinaus will und der Wärter nicht da ist? Ich bin jetzt normal, es ist bei mir ein Gleichmuth vorhanden; die Visionen sind vollkommen geschwunden. Ich bin in Krakau misshandelt worden. Man hat mich in Neu-Sandec ausser Rand und Band gebracht. Ich habe 8 Tage nicht geschlafen und meinen Dienst versehen; ich bin ja diesem Stande gewidmet. Ich erkenne in Ihnen meinen besten Freund. Mir ist vorgekommen, als wenn ich ein Stiefkind wäre".

15.—25. October. Pat. war ruhig, hat gut geschlafen. Nichts besonders bemerkenswerthes vorgefallen.

26. October. Pat., aufgefordert den Verlauf seiner Krankheit möglichst genau zu schildern, sagt Folgendes: „Ich musste bei Abfassung meiner Geschichte so viele Namen nennen, wenn nur ein Protokoll aufgenommen werden würde. Ich möchte wissen, in welcher Richtung dies geschehen soll? in der Richtung meiner Erkrankung oder Erlangung? Ich habe geglaubt, es muss den Acten beigelegt werden. Ich werde mich heute hinsetzen und schreiben. Es kommen Namen vor, die ich nicht nennen darf; es sind hohe Herren, eine



Excellenz. Ich fürchte mich, dass es gelesen wird. Ich bin activer Offizier, ich kann nicht anders; ich muss warten auf einen Befehl. Es datirt vom geographischen Institut. Wenn ich zurückgreifen will auf die Veranlassung, so muss ich von vorne anfangen, sonst hat die Sache keinen Sinn. Ich muss, so lange ich ein Ehrenmann bleiben will, stille sein. Ich habe mich mit hohen Herren besprochen und die Herren haben gesagt, dass es Pflicht sei zu schweigen. Meine Nerven sind in Aufregung gekommen; als ich die schlechteste Compagnie in meine Hände bekommen, war ich mit den Chargen schlecht bestellt, und da konnte ich nicht schlafen. Ich bin unschuldig, ein reines Opfer! Die Commission im Reichs-Kriegs-Ministerium könnte glauben, dass ich geplauscht habe. Ich darf doch die Namen nicht nennen. Mit 16 Jahren war ich Cadet. In Tirol bin ich aufgewachsen; da heisst es: Wahrheit über Alles! Als die Sache ausgetragen wurde, da hat man mir das Versprechen abverlangt, dass ich nicht sprechen soll. Der Commandant ist weggegangen und der lebt jetzt in Wien; diesem musste ich die Hand geben, kein Wort zu sprechen, geschweige zu schreiben".

29. October. Für die Aenderung der Diät verspricht er mir Kränze mit Bändern.

30. October Nachmittags. Pat. liegt auf dem Bette angezogen und spricht äusserst lebhaft, ohne sich durch Zwischenfragen unterbrechen zu lassen: „Wenn ich aus dem Spitale hinauskomme, so werde ich mir ein Pferd verschaffen, denn mir gebührt ein Pferd vermöge des hohen Ranges, den ich im Regimente einnehme. Zehn Jahre sind eine lange Zeit! Was hat nicht Napoleon in 10 Jahren alles vollführt! Aus der Akademie ist er herausgekommen und nach 10 Jahren war er Consul des Reiches geworden. Das ist ein Mann! Diesen Mann bewundere ich; er dauert mich, dass er durch die uncivilisirte Nation unterdrückt worden ist. Russland war sein Unglück, auch unser Unglück (Pat. ist ein Pole), denn wir haben 300.000 Mann hineingeschickt; die haben fürchterlich vor Kälte gelitten".

31. October bis 25. November. Während dieser Zeit war Pat. ruhig. Der Ausschlag ist inzwischen vollkommen geheilt. Die Schmierkur wird ausgesetzt.

30. November. Patient machte gestern grossen Lärm, weil man ihm eine so schlechte Mehlspeise schicke; er sei doch Hauptmann 1. Classe.



1. December. Pat. hatte gestern Mittags zum Fleische Sauce verlangt. Als der Wärter dieselbe gebracht hatte, schickte er sie, ohne sie zu kosten, zurück und verlangte Kraut. Als ihm auch dieses gebracht wurde, gab er es dem Wärter, ohne es gekostet zu haben. „Wenn dieser Grand von Spanien nicht gewesen wäre, hätte ich gut geschlafen". „Ich gewöhne mich an Alles, wenn man seit 45 Jahren im Soldatenrock steckt. Ich war in Hall bei Innsbruck in der Cadetenschule; diese war die beste in der Monarchie; 6½ Jahre war ich dort. Ich kam, 10 Jahre alt, gleich in die 3. Classe; ich war immer Prämiant. Der Major F . . tt war in militärischen Sachen ein mittelmässiger Schüler, in der Mathematik war er der beste. Beim Regiment habe ich bittere Erfahrungen gemacht; ich wurde nicht unterstützt von Seite des Commandanten; ich hatte eine Compagnie, die ganz deroute war. 6½ Jahre war ich Sous-Chef im geographischen Institute; da bin ich nervös geworden; dieses minutiöse Zeichnen hat meine Augen und meinen Kopf hergenommen. Ich habe die Aufsicht über 40 Offiziere der Armee von allen Waffengattungen gehabt. Ich habe auch Ahnungen gehabt von P . . . . . y (ein Defraudant); ich habe diesen intelligenten Mann sehr bedauert; er hat einen merkwürdigen Kopf gehabt, er brauchte nur etwas zu lesen und er wusste es auswendig. Beim Regiment habe ich mich heimisch gefühlt. Der Oberst M. hat mich nach Neu-Sandec versetzt, wahrscheinlich wegen seiner Frau; die war früher lebenslustig, dann menschenscheu. Sie ist mir ausgewichen, hat das Tüchel vorgehalten. Mit dem Adjutanten hatte ich auch Differenzen". — Nun erzählt er die Geschichte seines Regimentes, namentlich während der Türkenkriege. Pat. ist bei Tage zumeist ruhig, in der Nacht declamirt er häufig.

3. December. „Darf ich bitten, heute ist zufällig mein Namenstag, Xaver — um ein Bad".

5. December. „Heute muss man die Gedanken dem Sonntage und dem Schnee widmen. Dieser Hauptmann Gaudy (ein Kranker), widmet sich dem musikalischen Gaudium. Besten Appetit meine Herren!"

7. December. Pat. erhielt einen Brief aus der Kanzlei Sr. kais. Hoheit des Herrn Erzh. Wilhelm wegen des Marianenkreuzes und sagte bei dieser Gelegenheit Folgendes: „Ich kann ja nichts Unangenehmes erwarten; die Herren schreiben ja mir nur Angenehmes. Es ist wegen des Marianenkreuzes; ich habe ein anderes schon als Lieutenant verdient. Im J. 1859 hat mir der Oberst selbst gesagt, dass ich mehr



Verdienste habe, als alle Oberste zusammen. Er hat mich auch für das Theresienkreuz eingegeben; er hat mir zu Ehren die Volkshymne spielen lassen und hat gesagt, dass ich Klage bei Sr. Majestät führen soll. Im Jahre 1866 war ich schon Compagnie-Commandant und habe gegen die gemeinen Preussen . . . . gestürmt, denn da will ich lieber mit Zulus kämpfen, als mit diesen . . . . . . Auf 12 Schritte haben sie mich angeschossen, haben mich schwer verwundet, gerade in dem Momente, wie ein Camerad niederfiel und mir auftrug, sein Feldzeichen seiner Braut und seinen Eltern zu geben".

18.—24. December. Pat. erzählt öfters von den grossen Verdiensten, die er sich während seiner Dienstzeit erworben hätte.

25. December. Pat. sträubt sich gegen den Fortgebrauch des Jodkalium. „Das Medicament ist mir feindlich, schlägt sich auf meine Nase; sie wird doppelt so gross; meine Frau mag mich ja dann gar nicht mehr. Das ist ein Medicament, das mich umbringt. Ich bitte mit mir etwas anderes anzufangen, z. B. mich täglich durchzuprügeln".

31. December. „Ich bitte um Reconvalescirung. Ich muss hinaus; meine Frau ist krank. Ich will wieder zur Truppe. Ich will zum Cours; ich mache ihn mehr praktisch durch, wie es der Kaiser will und wie der Jovanovich will, so mache ich ihn durch".

8. Jänner 1881. Nach Angabe des Wärters spricht der Kranke öfters mit sich selbst und exercirt im Zimmer. — „Ich möchte bald reconvalescirt werden; ich muss hinaus. Das ist ja Kuhfleisch, nicht Rindfleisch! Ich bin aus gutem Hause. Schon als Cadet habe ich immer im Hôtel gespeist, 2 Zimmer bewohnt und Diener in Livrée gehabt. Komme ich hinaus, so nehme ich Blutreinigungspillen. Hinaus mit dem D . . . k; das Blut muss gereinigt werden".

9. Jänner. Pat. hat dem Wärter gesagt, dass er nicht mehr Hauptmann, sondern Kronprinz sei. — „Meine Mutter hat mich nur 5 Monate getragen, ich bin gleich mit den Zähnen herausgekommen". Er erzählt seine Waffenthaten in Italien; er sei für den Leopoldsorden vorgeschlagen worden. Er werde jetzt Adjutant beim Kaiser; er sei ein ungarischer Prinz aus dem Hause Arpad.

10. Jänner. „Schlechter Tag für mich; nur 3 Stunden geschlummert. Ich bitte meine Briefe zu lesen, Sie werden sehen, dass mein Gehirn in Ordnung ist". Pat. erzählt, dass er von den Arpaden abstamme, versucht dies zu beweisen, springt aber während dessen auf ein anderes Thema über.



12. Juni. „Ich bin nicht mehr Hauptmann, ich bin Gott. Es geht mir gut. Es hat sich der Käfer eingefressen; 12000 Meter im Centrum sitzt er in einer Kapsel von Toledostahl. Meine Waffen sind alle aus Toledostahl; ich habe 5 Millionen damit getödtet. Der ich hier bin, das ist Gott Arpad in seiner früheren Figur; sie wird dann angethan als Ritter à la Laudon. Die Herren Doctoren werden auch so angethan, die Herren Eleven einfacher. Silberhelm, weisser Rock, massives Kreuz auf der Brust. Sie werden Stabsarzt 1. Classe, Oberst". Pat. ist Tag und Nacht sehr unruhig.

14. Juni. Pat. magert rasch ab und seine Kräfte haben rapid derart abgenommen, dass er beim Gehen leicht umfällt; er wird deshalb im Bette gehalten. „Ich bitte mich zu befreien, ich habe kein Ozon; ich werde hier sehr schlecht bedacht. Die zwei (die Wärter) werde ich hängen lassen; ich werde sie prügeln lassen, wie sie mich geprügelt, mich einen Kaiser und Herrgott!"

15. Jänner. „Das Gift muss verbrannt werden, ich zahle 1000 fl. Mein Kaiser gab mir 4000 Milliarden. Sein Vermögen ist gewachsen durch das Geheimniss in der Sparcasse. Der Orden vom Erzherzog Franz ist ein Solitär, geschliffen, als hätte ihn ein Herrgott geschliffen. Mein Kaiser wird mein Schwiegervater; seine Tochter hat sich scheiden lassen von ihrem Manne. Das (auf das Bett zeigend) muss alles desinficirt werden vom Hof-Desinficateur; wer das berührt ist vergiftet".

17. Jänner. Pat. hat trotz Chloralhydrat die ganze Nacht nicht geschlafen, er ist fortwährend im Zimmer herumgelaufen, und hat fort und fort äusserst lebhaft die verschiedensten, zumeist Grössenwahn-Ideen ganz durcheinander geäussert. Bei der Visite: „dahinein (Bett) lege ich mich nicht. Ich, ein Gott entsetze Sie Ihrer Charge, weil Sie mich vernachlässigt haben. Wissen Sie, wer ich bin? ein Gott, ein Arpad. Ich fordere Sie auf, mir das Zugefügte wieder gut zu machen. Befreien sie mich; ich bin durch und durch syphilitisch. So vernachlässigen Sie einen Herrgott? Schauen Sie mich an, den angesteckten Herrgott! Sie thun ja gar nichts mehr! Sie schicken mir einen gewissen Herrn Reg.-Arzt her, der auch nichts thut. Ich entsetze ihn seiner Aemter; das Doctorsdiplom nehme ich ihm auch. Sie begehen ein Verbrechen an einem Gott. Diesen Menschen werde ich erschiessen lassen; er wird als Teufel erschossen werden". Die hochgradige psychische Aufregung bestand bis zum 24. Jänner ungeschwächt fort,

worauf er dann im Allgemeinen etwas ruhiger wurde, dabei aber noch immer Grössendelirien hatte.

25. Jänner. „Mir geht es sehr schlecht, da könnte ich verfaulen, wie ein miserabler Kerl. Meine Majestät hat mir viel Geld gegeben. Ich werde Kaiser“.

26. Jänner. „Der Kaiser hat zu mir gesagt: Wenn Ihnen was fehlt, so kommen Sie zu mir“.

27. Jänner. „Die Kerle vergiften mich mit Wurzelgift“.

28. Jänner. „Ich will ins Hôtel Frohner; hier ist eine schlechte Luft; ich nehme mir 2 Zimmer. Der Frohner ist mein Freund. Der Zugsführer hat mir die Giftpflanze aus Persien beigebracht“.

30. Jänner. Pat. ist äusserst hinfällig und stark abgemagert. Oedem des rechten Fusses bis über die Knöchel hinauf. Entsprechend dem äusseren Knöchel und dem äusseren Fussrande je eine bohnengrosse, dunkelviolette Blase, in deren Umgebung die Haut geröthet ist. „Wenn ein Gott etwas spricht, so glauben Sie es und ärgern Sie mich nicht“.

2. Februar. Decubitus am äusseren Knöchel und Fussrücken des linken Fusses.

4. Februar. Durch Frost eingeleitet entwickelt sich eine Infiltration der linken Lunge, die im unteren Lappen beginnt, und allmälig sich auch auf die hinteren Partien des Oberlappens ausdehnt.

Tod am 8. Februar.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle (Dr. Weichselbaum): Die Leiche ist gross, kräftig gebaut, mager. Die Haut ist weiss. Leichtes Oedem an der rechten unteren Extremität; am rechten äusseren Knöchel ein seichtes Decubitusgeschwür von 3 Ctm. Durchmesser; ein ähnliches Geschwür am inneren Rande des rechten Fusses in der Gegend des Kahnbeines. Am linken Handrücken entsprechend der Basis des 1. Metacarpusknochens ein hanfkorngrosses fistulöses Geschwür mit weit unterminirten Rändern, welches in eine im subcutanen Bindegewebe liegende Höhle führt, aus welcher dünner, schmutzig grauer Eiter dringt. Der linke Handrücken und der linke Vorderarm etwas ödematös. Das Schädeldach breitoval, 5—6 Mm. dick und spongiös. Die Pfeilnaht nach hinten zu undeutlich werdend; die übrigen Nähte gut ausgeprägt. Auf der Innenfläche des Stirnbeines zu beiden Seiten der Medianlinie mehrere kleine, neugebildete Knochenwülste. Im Sinus falciformis maj. frische Blutgerinnungen. Die Dura mater ist

etwas verdickt, wenig injicirt, und auf ihrer Innenfläche über beiden Stirnlappen mit einzelnen, sehr dünnen, röthlichen Gerinnungen bedeckt. Die A. basil. erscheint in der Ausdehnung von circa 12. Mm. gelblich gefärbt und derart verengt, dass eine gewöhnliche Knopfsonde nur mit Mühe diese verengte Stelle passiren kann; diese Verengerung wird bewirkt durch eine der Innenfläche aufliegende circa 1 Mm. dicke, weiche, gelblich gefärbte Gewebsschichte; an den übrigen Stellen ist die A. basil. zart. Das Lumen der rechten A. profunda ist an ihrer Ursprungsstelle ebenfalls stark verengt, u. z. durch eine ihrer Innenwand anliegende, ähnliche, jedoch etwas dünnere Gewebsschichte. Die Wand der beiden AA. vertebrales, sowie diejenige des cerebralen Endes der Carotis int. ist im geringen Grade u. z. gleichmässig verdickt. Die inneren Hirnhäute sind an der Convexität des Grosshirnes, insbesondere des Stirn- und Scheitellappens hochgradig verdickt, nahezu undurchsichtig, milchig weiss, und stark serös infiltrirt; von der Spitze der Stirnlappen sind sie nur mit Zerreissung der Hirnrinde, an den übrigen Stellen der Convexität dagegen leicht ablösbar; ihre Venen, selbst die kleineren Aeste sind stark geschlängelt. Die Windungen der beiden Stirnlappen, insbesondere an ihrer Spitze und an der Orbitalfläche sind schmal. Die Hirnrinde ist überall blassgrau, das Mark reinweiss und letzteres zeigt mässig viele Blutpunkte. Die Hirnkammern u. zw. besonders die beiden Vorderhörner und das linke Hinterhorn sind stark erweitert und von klarem Serum erfüllt. Das Ependym zähe stellenweise fein granulirt. Pneumonie des linken unteren Lappens mit Ausnahme der vordersten Partien; ferner der hinteren Partien des linken Oberlappens und einer hühnereigrossen Stelle in den hinteren Partien des rechten Unterlappens; entsprechend allen diesen Partien ganz frische Pleuritis. Die Intima der Aorta ascend. zeigt zahlreiche, verdickte, häufig erweichte, gelbliche Stellen. Die Klappen des linken Herzens sind nur sehr wenig verdickt. Sonst nichts Abnormes nachweisbar.

Diagnose: Syphilitische Endarteriitis der A. basilaris und der r. A. profunda cerebri mit Verengerung derselben; geringgradige Atherose der übrigen Arterien der Hirnbasis, starke Atherose der Aorta ascend. Bedeutendes chronisches Oedem der inneren Hirnhäute und partielle Verwachsungen derselben mit der Rinde der Stirnlappen nebst Atrophie der letzteren. Chron. Hydrocephalus intern. Osteophyten auf der Innenfläche des Stirnbeines.



Pleuro-Pneumonie des linken Unterlappens und der hinteren Partien des linken Ober- und des rechten Unterlappens.

4. Beobachtung. Schanker. Etwas später r. Bubonen mit Vereiterung, dann schmerzhafte Auftreibung der Schienbeine, Ausschlag im Gesichte und serpiginöse Geschwüre am r. Unterschenkel. 1½ Jahre nach der Primäraffection Kopfschmerz, Schmerzen in den Schienbeinen, später Schwindel, Flimmern vor den Augen und 3 Monate später ein schwerer apoplektischer Anfall mit 5tägigem Bewusstseinsverlust und zurückbleibender linksseitiger Hemiplegie. Parese der Wangenzweige des l. Facialis und erschwerte Sprache. Besserung dieser Erscheinungen, dagegen rasch auftretend die Zeichen der secundären Seitenstrangs-Sklerose des Rückenmarkes. Eine der letzteren zukommende merkwürdige Form von knollenförmiger Contraction in M. vastus internus. — Vier Jahre nach dem Auftreten der Hirnsyphilis noch keine Recidive.

J. B. Lieutenant des 58. Inf.-Reg., 24 Jahre alt, stamme von gesunden Eltern ab. In seiner ganzen Familie sind bisher, soweit ihm dies bekannt ist, keine Nervenkrankheiten, keine Tuberculose und keine Krebskrankheiten vorgekommen. Pat. selbst sei bis 1866 stets gesund gewesen. Da habe er im Jänner einen Typhus überstanden, worauf er sich dann bald wieder vollständig erholt habe. Im Jahre 1874 acquirirte Pat. einen starken Tripper, der ein halbes Jahr andauerte und mit einer rechtseitigen Nebenhodenentzündung vergesellschaftet war. Im October 1875 acquirirte Pat. ein Geschwür an der rechten Seite der Glans penis. Im Nov. entwickelten sich in der rechten Leistengegend Drüsengeschwülste, welche ihn jedoch nicht gehindert haben seinen Dienst zu versehen. Im Frühjahre 1876 (30. März) musste Pat. sich in das Spital zu Pressburg aufnehmen lassen, da die Drüsengeschwülste vereitert und nahe dem Aufbruche waren. Dort wurden dieselben geöffnet. Nachdem Pat. bereits drei Monate im Spital gelegen war, seien schmerzhafte Auftreibungen der Schienbeine und ein Ausschlag im Gesichte aufgetreten. Unter Anwendung der Schmierkur und unter Jodkaligebrauch seien diese Erscheinungen bald abgelaufen und Pat. sei dann bis zum Frühjahre 1877 gesund geblieben. Da traten im Mai sehr heftige Kopfschmerzen



auf, welche zumeist nur die eine Körperhälfte einnahmen, sich jeden Tag Nachmittags einstellten, gegen Abend sich steigerten, dann allmälig wieder nachliessen, und etwa um 10 Uhr Abends aufhörten. Aehnliche Schmerzen seien auch in den Schienbeinen aufgetreten. Gleichzeitig minderte sich der Appetit und Pat. wurde schwächer. Nichts destoweniger rückte Pat. in das Brucker-Lager ein. Dort wurden die Kopfschmerzen heftiger, der Appetit verlor sich ganz und Schwindel sowie Flimmern vor den Augen gesellten sich hinzu.

Am 18. August stürzte Pat. nach dem Defiliren in Folge heftigen Schwindels auf die Knie nieder, konnte jedoch rasch wieder aufspringen und weiter marschiren. In den nächsten Tagen wurde er immer hinfälliger.

Am 24. August Abends habe er nach Aussage seiner Kameraden alkoholischen Getränken ziemlich stark zugesprochen und wurde in der darauffolgenden Nacht von einem Schlaganfalle betroffen. Er wurde in das Lagerspital überbracht und bot bei der vom Regiments-Arzte Dr. Dulár vorgenommenen Untersuchung folgenden Status praesens dar:

Pat. mittelgross, schlecht genährt; seine Musculatur schlaff und dünn. Temperatur 35·0°, Puls 68. Die Brust- und Unterleibsorgane bieten bei der physikalischen Untersuchung nichts Abnormes dar. Pat. ist vollständig bewusstlos, gähnt und knirscht zeitweise mit den Zähnen. Beim Versuche ihm etwas Wasser beizubringen, tritt Erstickungsgefahr ein. Bei Berührung des Gaumensegels kommt es zu keiner Reflexcontraction. Der rechte Mundwinkel ist leicht herabgezogen und die rechte Lidspalte enger, als die linke. Die Extremitäten liegen ganz bewegungslos. — Eisumschläge auf den Kopf, Senfteige auf die Sohlen und die Waden und ableitende Klysmen. Im Verlaufe des Tages änderte sich an dem Verhalten des Kranken Nichts. Als man am Abende abermals den Versuch machte, ihm etwas Flüssigkeit einzuflössen, kam es wieder zu Erstickungsanfällen und Reflexzuckungen in den linksseitigen Extremitäten.

Im Verlaufe des 26. August verlor sich die krampfhafte Spannung in der rechten Gesichtshälfte grösstentheils und das Schlingen wurde nach und nach leichter. Sonst Stat. idem. — Inf. Sennae comp.

27. August, 6 Uhr Morgens. Puls 120, Temperatur 38·1°. Gegen 7 Uhr zwei ausgiebige Stuhlentleerungen. Um 9 Uhr konnte Pat. seine rechtseitigen Extremitäten etwas bewegen; Puls 72, Tem-



peratur 35·6°. — Am Abend war das Schlingen noch besser als früher, und es wurde dem Pat. etwas Jodkali beigebracht.

29. August. Pat. ist etwas bei Bewusstsein, kann jedoch gar nicht sprechen, sondern gibt nur durch Nicken oder Drehen mit dem Kopfe seine Zustimmung oder sein Nichteinverstandensein kund; er schlingt jetzt gut. Die rechtseitigen Extremitäten werden besser bewegt, die linksseitigen bleiben gelähmt. In den Gesichtsmuskeln kaum eine Lähmung nachweisbar.

7. September. Das Bewusstsein und die Kraft in den rechtsseitigen Extremitäten ist noch mehr zurückgekehrt. Pat. schlingt gut. Er wird in das Garn.-Spital Nr. 1 transferirt. Hier wurde an ihm auf der vierten Abtheilung die Schmierkur durchgeführt und ihm dann Jodkali ordinirt.

Am 3. October wurde Pat. auf meine Abtheilung transferirt und bot folgenden Status praesens dar:

Pat. klagt weder über Kopfschmerz noch über Schwindel; der Schlaf sei gut. Im Gesichte Akne. Der linke Mundwinkel wird höchstens um etwas weniger gehoben als der rechte, dagegen wird die linke Unterlippe deutlich weniger gesenkt als die rechte. Die Zunge weicht stark nach links ab, ebenso das Zäpfchen; sonst am weichen Gaumen keine Zeichen von Lähmung. Am Gesichts-, Geruchs-, Gehörsorgane keine Abnormität nachweisbar. Die Sprache ist langsam, einzelne Worte fallen ihm nicht ein, andere werden fehlerhaft ausgesprochen, so sagt Pat. statt „Waschkasten“ — „Waschkassa“. Die psychische Thätigkeit liegt deutlich darnieder. Die linke obere Extremität ist vollständig gelähmt; Contractur ist an derselben nicht vorhanden. Das Tastgefühl, die Localisation, das Schmerzgefühl und der Temperatursinn sind an derselben normal. Die linke untere Extremität kann Pat. nur spurweise ab- und adduciren, sonst ist keine Bewegung mit derselben möglich; die Sensibilität ist an derselben vollkommen normal. Streckt man die linke untere Extremität aus, so entsteht in derselben ein tonischer Krampf der Strecker, den man fast gar nicht überwinden kann. Beugt man den Fuss dorsalwärts, so geräth die Extremität in schüttelnde Bewegungen, die so lange dauern, als die passive Dorsalbeugung des Fusses; dasselbe geschicht, wenn man diese Extremität halbgebeugt an die Lehne des Sessels aufstellt. Dieses Schütteln kann man durch Plantarbeugung der grossen Zehe plötzlich unterbrechen. Ein Anschlagen auf die Achillessehne ruft zumeist das-



selbe Schütteln hervor, manchmal jedoch nur eine einfache Reflexzuckung. Ein Anklopfen an die Patellarsehne und an diejenige des M. extensor cruris quadriceps erzeugt nur einen einfachen Reflex, ebenso ein Klopfen auf die Adductorengruppe. Ein Klopfen auf die Wadenmusculatur und an diejenige der Peronealgruppe ruft bald eine einfache Reflexzuckung, bald eine schnell vorübergehende schüttelnde Bewegung hervor. Ein Anklopfen auf die Musculatur der linken oberen Extremität ruft an der Anschlagsstelle eine deutliche knollenförmige Contraction und ausserdem eine Reflexzuckung hervor.

5. October. Klopft man mit der Fingerspitze auf den linksseitigen M. vastus internus, so entsteht an der Anschlagstelle eine starke knollenförmige Contraction, die etwa 4 Secunden zu ihrem Ablaufe benöthigt; von der Anschlagstelle an pflanzt sich diese knollenförmige Contraction gleichzeitig nach oben und etwas innen und nach unten und etwas aussen, allmälig schwächer werdend, in ungefähr vier Secunden aufhörend, fort, ähnlich wie die Wasserwellen, wenn man einen Stein in einen schmalen Bach wirft (wellenförmige Contractionen). An den übrigen Muskeln der linken unteren Extremität treten nur einfache knollenförmige Contractionen, jedoch sehr deutlich auf. An der rechten unteren Extremität entsteht beim Aufschlagen auf die Musculatur keine knollenförmige Contraction, sondern nur eine einfache Zuckung der getroffenen Muskelbündel. An der vorderen äusseren Fläche des rechten Unterschenkels, etwa an der Grenze des mittleren und unteren Drittels finden sich nierenförmig gestaltete, etwa 8 Ctm. im längsten Durchmesser haltende Hautnarben, deren peripherische Theile fast schwarzbraun und hie und da noch mit fest anhaftenden dicken Krusten bedeckt sind, und deren centrale Theile eine lichtbraune Farbe haben. — Beim Anschlagen an die Musculatur der rechten oberen Extremität entstehen ebenfalls einfache knollenförmige Contractionen. — Die mechanische Erregbarkeit der Nn. mediani ist mässig, die der Nn. radiales stark gesteigert.

Die Untersuchung mit dem galvanischen Strome einer gewöhnlichen Siemens-Halske'schen Batterie ergab Folgendes:

R. M. N. St. (der eine Pol auf den 6. Halswirbel aufgesetzt).
N. rad. dext. 36 El. Ka. S. Z.



N. rad. dext. 40 El. Ka. S. Z., An. schwache Ö. Z.
" " " sin. 30 " Ka. S. Z.
" " " 34 " Ka. S. Z., An. schwache Ö. Z.
" " " selbst 40 " Ka. S. Z. " " " "
N. peron. links selbst 40 El. keine Z.
" " rechts 36 " Ka. S. Z.
" " " 38 " Ka. S. Z., An. Ö. Z.

R. M. M. St. M. vastus intern. sin. und dext. selbst bei 40 El. weder mit der Ka. noch mit der An. eine Zuckung.

Die faradische Erregbarkeit des M. extens. cruris quadriceps und der Peronealgruppe rechterseits vielleicht etwas gesteigert, linkerseits etwas herabgesetzt, diejenige des N. peron. ist beiderseits gleichmässig herabgesetzt. An den Brust- und Unterleibsorganen nichts Abnormes. In der rechten Leistengegend zwei grössere und rechts an der Glans penis eine kleine Narbe. Die Leisten-, Cubital- und Nackendrüsen sind nicht geschwellt. — Jodkalium 2 Grm. pro die und galvanische Behandlung (rechter Halssympathicus durch die rechte Kopfhälfte stabil je 1 Min.; labile R. M. N. St. an den linksseitigen Extremitäten).

9. October. Die Sprache bessert sich.

11. October. Pat. kann heute die linke obere Extremität im Ellbogengelenke etwas bewegen.

1. November. Die Sprache hat sich bedeutend gebessert. Die linke obere Extremität kann Pat. bis zum Munde bereits emporheben, auch die Finger derselben können bereits etwas bewegt werden. Auch mit der linken unteren Extremität werden bereits einzelne unvollkommene Bewegungen ausgeführt. Seit etwa 8 Tagen entstehen am linken V. internus keine wellenförmigen Contractionen mehr. Beim Anklopfen auf die Sehnen und Muskeln der unteren Extremitäten kann man keine schüttelnden Bewegungen hervorrufen.

18. December bis 24. Jänner 1878. Die elektrische Behandlung ausgesetzt; dafür Schmierkur und Jodkalium. Die Besserung schreitet wenn auch langsam stetig fort.

25. Jänner bis 24. April. Jodkalium (1,00 pro die) und Elektricität. Fortschreitende Besserung. Am letzteren Tage folgender Befund: Die psychischen Functionen sind ziemlich normal. Die Zunge



weicht nur etwas nach links ab; die Sprache ist ziemlich gut. Die Mundwinkel werden willkürlich gleich gut gehoben, beim Sprechen wird jedoch der linke weniger gut gehoben und weniger nach aussen gezogen als der rechte. An der linken oberen Extremität sind alle Bewegungen möglich, jedoch sind dieselben ziemlich schwach und etwas unvollkommen; dabei ist eine leichte Spannung der Musculatur des Schultergürtels und der Beuger des Ellbogen-, des Handwurzelgelenkes und der Fingergelenke vorhanden. Pat. kann bereits ohne Unterstützung, jedoch schwerfällig und nur etwa eine halbe Stunde gehen; dabei wird die linke untere Extremität etwas steifer gehalten, jedoch nicht geschleift. Der linke Oberschenkel ist etwas abgemagert. Die Sehnenreflexe sind nicht mehr so bedeutend gesteigert, noch weniger die mechanische Erregbarkeit.

Pat. begab sich nun nach Baden, wo er die Bäder durch drei Monate gebrauchte, ohne jedoch irgend einen Erfolg davon wahrnehmen zu können. Ende Juni 1878 kehrte Pat. wieder auf meine Abtheilung zurück und verblieb da bis zur Ankunft der ersten Verwundeten. Während dieses kurzen Aufenthaltes bekam er nur Jodkalium. Hierauf ging Pat. wieder nach Baden. In der zweiten Hälfte des Jahres 1878 besserte sich sein Zustand allmälig wieder etwas, namentlich nahm die Kraft in den linksseitigen Extremitäten merklich zu, so dass Pat., wenn auch mit Hilfe eines Stockes, Spaziergänge, selbst von zweistündiger Dauer machen konnte. Da wurde Pat. im Kaffeehause plötzlich von einem Hunde angefahren und fiel aus Schreck auf den Steinboden nieder. Seit dieser Zeit war das Selbstvertrauen geschwunden, so dass Pat. von nun an stets nur von Jemanden begleitet, seine Spaziergänge unternehmen konnte. Seitdem sei ihm auch, wenn er ganz allein ist, ganz unheimlich, es stelle sich ein Angstgefühl ein, die linksseitigen Extremitäten werden steifer und sein Gang unsicher. Bei Aufregungen könne er namentlich im Beginne nur sehr schwer sprechen; er bringe die Worte nur stossweise hervor.

Am 22. October 1880 wurde Pat. wieder auf meine Abtheilung aufgenommen und bot folgenden Status praesens dar:

Pat. hat weder Kopfschmerz noch Schwindel. Die Pupillen sind mässig und gleich weit, überhaupt von Seite der Augen, sowie auch von Seite des Gehörorganes keine Störung nachweisbar. Der Geruch und der Geschmack sind normal. Die Mundwinkel werden beiderseits



gleich gut gehoben. Die Zunge weicht etwas nach links ab. Die Sprache zeigt unter gewöhnlichen Verhältnissen keine Störung, nur bei psychischer Aufregung ist sie etwas erschwert, stotternd. Die Musculatur der linken oberen Extremität ist merklich dünner, als diejenige der rechten; die Haut der ersteren fühlt sich namentlich gegen die Peripherie zu merklich kühler an, als die der letzteren. Pat. kann linkerseits den Daumen nicht abduciren, auch die übrigen Finger nicht von einander entfernen und auch nicht vollständig strecken, dagegen ganz gut beugen; im Handwurzel- und Ellbogengelenke sind die Bewegungen nur etwas Weniges, im Schultergelenke so weit wegen Muskelspannungen behindert, dass Pat. den Oberarm nur bis zur Horizontalen emporheben kann. Die Kraft beim Druck mit der linken Hand ist deutlich geringer als mit der rechten. Die Sensibilität der linken oberen Extremität ist normal. Beim Anklopfen auf die Musculatur der linken oberen Extremität mit der Fingerspitze entstehen nur am M. biceps knollenförmige Contractionen, dagegen an der Vorderarmmusculatur deutliche Zuckungen der angeklopften Muskelbündel. Bei Dorsalflexion der Finger entstehen nur 3—4 schüttelnde Bewegungen. Die linke untere Extremität ist etwas abgemagert. Pat. kann nur mit Hilfe eines Stockes, jedoch längere Zeit gehen. Beim Gehen wird die Extremität in Folge leichter Contractur der Streckmusculatur etwas steif gehalten und Pat. beschreibt daher dabei mit dem Fusse einen Bogen. Diese Steifheit steigert sich bei psychischer Erregung. Das Tast- und Localisationsgefühl und der Temperatursinn sind an dieser Extremität normal. Der Patellarsehnenreflex ist enorm, der Achillessehnenreflex nur etwas gesteigert. Beim Klopfen auf die Streckmusculatur des Oberschenkels, selbst auf den Vastus intern. entsteht keine knollenförmige Contraction mehr, sondern nur eine Muskelbündelzuckung. An den rechtsseitigen Extremitäten, an den Brust- und Unterleibsorganen nichts Abnormes nachweisbar. Pat. bekam Jodkalium und wurde galvanisirt.

Pat. verblieb auf meiner Abtheilung bis 15. März 1881. Der Zustand blieb derselbe, nur dass die Intelligenz sich etwas vermindert hatte, und dass die Sprache selbst bei psychischer Erregung nicht mehr behindert wurde.

Dieser Fall hat eine grosse Analogie mit der 2. Beob.; dass wir es hier mit Hirnsyphilis zu thun haben, bedarf wohl keiner

weiteren Begründung. Alles auf die Syphilis Bezügliche ist in Kürze schon in der Aufschrift enthalten, so dass ich hier vorderhand nichts Weiteres in dieser Richtung hinzufügen will, da ich es mir für das Resumé sämmtlicher Fälle vorbehalte.

Obwohl ich mir vorgenommen habe, hier die nicht mit der Syphilis direct zusammenhängenden Erscheinungen weiter nicht zu berücksichtigen, so glaube ich doch bei diesem Falle in einem Punkte eine Ausnahme machen zu müssen. Es betrifft das die merkwürdige Form der knollenförmigen Contraction beim Aufschlagen auf den Muskel, die ich in diesem Falle im Beginne meiner Beobachtung am linken M. vastus internus beobachtete und die ich im „Wissenschaftlichen Vereine der Militärärzte der Garnison Wien" 1877 an dem Patienten demonstrirte. Ich schlage für dieselbe den Namen wellenförmige knollige Contraction vor. Meines Wissens ist derselben weder vorher noch auch seither irgendwo eine Erwähnung gemacht worden. Die Beschreibung derselben möge in der Krankengeschichte (5. Oct. 1877) nachgesehen werden.

(Fortsetzung im nächsten Hefte.)

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Dermatologie.

Allgemeine Pathologie und Therapie der Haut.

1. **Catiano.** Ueber die Störungen nach ausgedehnten Hautverbrennungen. (Vortrag, gehalten am 20. September 1881 in der chirurgischen Section der Naturforscher-Versammlung zu Salzburg. — Virchow's Arch. Bd. 87, 1882.)
2. **L. Lewin** und **O. Rosenthal.** Das Verhalten des Chrysarobins bei äusserlicher und innerlicher Anwendung. (Virch. Arch. Bd. 85, 1881.)
3. **Walter G. Smith.** Bemerkungen über die Behandlung von Hautkrankheiten. (Dublin Journ. Mai 1881.)
4. **Cesarini.** Ferrum sesquichlor. gegen Hautkrankheiten. (Lo Spallanzani 1881.)

Catiano bekämpft (1) alle bisher aufgestellten Theorien über das Wesen der nach ausgedehnter Hautverbrennung eintretenden Krankheitserscheinungen; auch die neuesten von Sonnenburg — reflectorische Lähmung des vasomotorischen Centrums — und v. Lesser's — acute Oligocythämie im functionellen Sinne — hält er für nicht berechtigt. Die alte Erfahrung, dass eine sehr ausgedehnte Verbrennung geringeren Grades viel schwerere Störungen bedingt, als die totale Verkohlung einer Extremität, dass also die Rückwirkung auf den Gesammtorganismus von der Extensität der Hauterkrankung abhängig ist, führte ihn darauf, dass der Grund der Störungen in Veränderungen der Haut selbst gesucht werden müsse. Der functionelle Ausfall der Hautthätigkeit, eine etwaige Retention von Hautsecreten seien beide angeschuldigt, beide unschuldig befunden worden an den allgemeinen Störungen. Deshalb legte er sich die Frage vor, ob nicht bei der Verbrühung der Haut — wobei in erster Instanz organische Stoffe





flüssig) wird die
beider Krankhei-

die ersten hef-
(heftige, oft blutige
lethalem Aus-
mit reichlichen
Magen und Dick-
erklären. Ammonia-
eingebracht,
und nur dieses
Blausäure durch die
Wasser in ameisen-
Epithelabschür-
die Möglichkeit, corro-
wo das alkalische

die manchmal in der
sind nur ausnahmsweise
in Venenklappen oder
verlangsamung der ersten
dass wie beim Thierex-
minimaler Blausäuredosen,
thelien — speciell an den
des Endothels beraubten
von Thromben geben; diese
auch die subserösen Ecchy-
Organe seien nicht der
zuschreiben, sondern Folgen der
und der Circulationsverlangsamung.
Verf. nicht erklären. Er denkt auch
er nennt die Ameisensäure als
subcutaner Anwendung (an Kaninchen)
aber er sieht keine Möglichkeit der Erklä-
die starke chemische Affinität der Ameisen-
im Blute getrennt werden könnte.
ergeben sich dem Verf. zwei Indicationen
1. Die rasche Eliminirung des Giftes durch

rasch erhitzt werden — eine vorwiegend auf der Haut befindliche Substanz durch die rapide Erhitzung in ein Gift umgewandelt werde, dessen Resorption die Störungen bedingt. Diese Frage bejaht der Verfasser. Nach vielen negativen Ergebnissen der Erhitzung aller möglichen auf der Cutis nachgewiesenen Substanzen glaubt er nun in der Blausäure, die durch erhitztes ameisensaures Ammonium gebildet wird, das gesuchte Gift gefunden zu haben. Er leitet dessen Entstehung so her: Der zuerst secernirte Schweiss reagire sauer durch Ameisensäure; die später meist neutrale Reaction des Schweisses sei durch Ammoniumhydroxyd (Ammoniak), das zweifellos in der normalen Haut als Secret oder Zersetzungsprodukt enthalten ist, bedingt. Dieses auf und in der Haut vorhandene ameisensaure Ammonium verwandle sich nachweislich bei Uebergiessen mit kochendem Wasser in Blausäure. Der sicherste Beweis, dass die Störungen des Gesammtorganismus durch Resorption der bei jeder Hautverbrennung sich entwickelnden Blausäure bewirkt werden, wäre natürlich die Blausäurereaction des Blutes Verbrühter. Diesen Beweis hat Verf. nicht erbringen können. Er weist auf die analogen negativen Befunde bei Thieren hin, die durch kleine Dosen dieses Giftes getödtet waren; auf die grössere Wirkung kleinster Mengen, die in Statu nascenti zur Anwendung gelangen; auf die stärkere Wirkung der Arzneimittel und Gifte, die subcutan eingebracht werden und vielleicht noch mehr solcher, die auf die Anfänge der Lymphgefässe in der Cutis wirken könnten. Aber Verf. weist auch darauf hin, wie ähnlich der Symptomencomplex nach ausgedehnter Hautverbrennung dem nach Blausäurevergiftung sei. In der That gibt seine Schilderung des Verlaufes der subjectiven wie der objectiven Symptome bei beiden Affectionen bis in die feinsten Nüancen dasselbe Bild. Bei beiden tritt die hochgradige Alteration des Cerebrospinalnervensystems in den Vordergrund, wobei die tiefgestörten Athmungsfunctionen und die hochgradige Gefässparalyse auf die intensive Affection der Medulla oblongata hinweisen. Die nach Verbrühung eintretende Temperaturerniedrigung der Körperoberfläche, welche nur theilweise auf die höhere Wärmeabgabe von Seiten des in den gelähmten Hautgefässen fliessenden Blutes bezogen werden kann, wie auch die agonale Temperatursteigerung ist auch der Blausäurevergiftung eigenthümlich. Durch das auffällige, gemeinsame Verhalten der Herzfunction, welche stets nach dem Athmungsstillstand erlischt, wie durch die Blutfarbe (zinnober- bis carminroth



oder tief dunkel) und dessen Consistenz (hochgradig flüssig) wird die Uebereinstimmung in den Symptomen und Befunden beider Krankheiten vervollständigt.

Die specifische Darmaffection Verbrühter, welche die ersten heftigen Cerebralzufälle glücklich überstanden haben (heftige, oft blutige Diarrhöen vom 2. bis spätestens 10. Tage mit vielfach lethalem Ausgange; als Secretionsergebniss starker Intestinalkatarrh mit reichlichen Epithelfetzen, oft Duodenalgeschwüre bei intactem Magen und Dickdarm), sucht Verf. auch durch seine Theorie zu erklären. Ammoniakalien, per os oder endermatisch in den Thierkörper eingebracht, führen Epithelabschürfungen des Dünndarmes herbei und nur dieses allein. Nun verwandle sich die leicht zersetzliche Blausäure durch die Alkalescenz des Blutes vermittelst Aufnahme von Wasser in ameisensaures Ammonium. Die durch dieses Salz bewirkten Epithelabschürfungen des Dünndarmes geben der Magensäure die Möglichkeit, corrosive Processe herbeizuführen bis zu der Stelle, wo das alkalische Pancreassecret die Säure neutralisire.

Die Embolien im Gehirn und Lungen, die manchmal in der 2. oder 3. Woche den Tod herbeiführen, sind nur ausnahmsweise durch marantische Thrombose — Gerinnungen in Venenklappen oder Herzohren bei der hochgradigen Circulationsverlangsamung der ersten Tage — zu erklären. Es sei wahrscheinlich, dass wie beim Thierexperiment nach subcutaner Einverleibung minimaler Blausäuredosen, fettige Entartung arterieller Gefässendothelien — speciell an den grossen Gefässen — eintrete, und diese des Endothels beraubten Stellen die Veranlassung zur Bildung von Thromben geben; diese Verfettungen des Gefässendothels, wie auch die subserösen Ecchymosen und die fettige Entartung einzelner Organe seien nicht der directen Einwirkung des Giftes zuzuschreiben, sondern Folgen der mangelhaften Sauerstoffbildung und der Circulationsverlangsamung. Die Verbrennungsnephritis kann Verf. nicht erklären. Er denkt auch hier an einen chemischen Factor; er nennt die Ameisensäure als experimentell erprobt, bei subcutaner Anwendung (an Kaninchen) Nephritis herbeizuführen, aber er sieht keine Möglichkeit der Erklärung, durch welche Säure die starke chemische Affinität der Ameisensäure zum Ammoniak im Blute getrennt werden könnte.

Aus seiner Theorie ergeben sich dem Verf. zwei Indicationen für die Behandlung: 1. Die rasche Eliminirung des Giftes durch



Nieren, Schweissdrüsen u. s. w. zu bewirken, indem man den Blutdruck erhöht; 2. die an Erregbarkeit geschwächten Centralorgane zur Thätigkeit anzuspornen, vor Allem die Respiration zu erhalten. Er empfiehlt consequente Anwendung von Kaltwasserübergiessungen, eventuell künstliche Athmung, selbst durch Tracheotomie; ferner energische Reizungen der peripheren Nerven, subcutane Anwendung von Excitantien und bei Herzschwäche von (0,0003) Atropin.

(Die obige Erklärung ist ebenso kühn, wie sie mit Zuversicht vorgetragen ist. Referent ist misstrauisch geworden, nachdem er sich überzeugt hat, dass eine der zu Grunde gelegten chemischen Angaben — Verwandlung des ameisensauren Ammoniums in Blausäure bei Uebergiessen mit kochendem Wasser — nirgends gelehrt wird, und wie Ref. glaubt, auch nicht richtig ist. Nur bei trockener Erhitzung tritt der zur Umwandlung nöthige Wasserverlust ein. Warum nun gerade Resorption dieses fraglichen Erhitzungsproduktes statt Verflüchtigung eintrete, ist nicht leicht einzusehen; nicht leicht die Vorstellung, dass in dem Moment der Verbrühung soviel Schweiss immer vorhanden sei, um den von diesem abhängigen supponirten Process vor sich gehen zu lassen. Vor Allem: zur Erklärung der Genese der Darmgeschwüre weist Verf. darauf hin, dass die leicht zersetzliche Blausäure in Gegenwart eines Alkali — erwiesenermassen reagire das Blut alkalisch — durch Aufnahme von Wasser sich in ameisensaures Ammonium verwandle. Damit wäre dann das normale Produkt der Haut wieder hergestellt; wie kommt dann die toxische Blausäure in Action?) Caspary.

Der allgemein verbreiteten Annahme von dem wesentlichen Gehalte des Ararobapulvers an Chrysophansäure, einer sich im Rheum und anderen Pflanzen aus der Familie der Polygoneen findenden organischen Säure, traten im Jahre 1878 Liebermann und Seidler durch die auf genauere Untersuchungen sich stützende Angabe entgegen, dass der Hauptbestandtheil der Araroba nicht Chrysophansäure, sondern eine dieser nahestehende Substanz sei, für welche sie den Namen Chrysarobin wählten. Sie gewannen dieselbe durch Extraction der Drogue mit kochendem Benzol.

Der Einfluss des Chrysarobins auf gesunde Haut kennzeichnet sich nun nach Lewin und Rosenthal (2) vornehmlich durch Entzündungserregung derselben in verschiedener Intensität, wie dies schon



öfter beschrieben worden ist. Thompson hatte das Goapulver und den Benzolextract desselben, von ihm fälschlich noch Chrysophansäure genannt, an einer Reihe von Personen innerlich angewandt. Er verabfolgte es in Pillenform oder in Wasser vertheilt bei Kindern bis zu 12 Jahren bis zu 0,35 Grm., von 12 Jahren an zu 0,6 Grm., bei Erwachsenen bis zu 0,9 Grm. In den meisten Fällen liess er, um eine leichtere Löslichkeit des Mittels im Magen zu erzielen, stark alkalische Flüssigkeiten nachtrinken. Es trat Erbrechen und Abführwirkung ein, ersteres gewöhnlich früher. Trotz dieser Versuche hat das Mittel weder als Emeticum noch als Drasticum weitere Anwendung gefunden. Urinuntersuchungen liegen, soweit uns die Literatur zugänglich war, nicht vor.

Die Verf. gaben Thieren das Mittel in Substanz, mit Brodkrumen zu Pillen geformt. Sie extrahirten dasselbe mehrmals mit heissem Benzol, destillirten das Benzol der vereinigten Extracte ab und erhielten so einen hellgelben Rückstand, der sich unter dem Mikroskop zum grössten Theil als krystallinisch erwies, aber auch noch amorphe Massen erkennen liess. Er wurde deswegen zweimal aus heissem Eisessig umkrystallisirt, mit Wasser bis zum Verschwinden der sauren Reaction gewaschen und auf Thonplatten getrocknet. Die Verf. erhielten auf diese Weise ein durchweg krystallinisches Präparat, das die Reaction des Chrysarobins aufwies. In derselben Reinheit lässt sich dasselbe durch Extraction der Araroba mit Petroleumäther und Verjagen des letzteren gewinnen.

Auf eine eclatante Weise gelang der Nachweis der Chrysophansäure im Harn und Koth. Der auf dem Wasserbade eingedampfte Harn wurde mit Benzol in der Wärme extrahirt. Setzte man zu dem abgehobenen, fast klaren Benzol Natronlauge, so entstand an der Berührungsfläche beider Flüssigkeiten eine deutliche violett-rothe Linie, die allmählich eine tiefere Färbung annahm.

Es geht aus den Versuchen der Verf. Folgendes hervor: Der Nachweis der Chrysophansäure im Harne und im Koth ist in unzweifelhafter Weise durch die nur dieser Substanz zukommenden Reactionen dargethan. Das eingeführte Chrysarobin hat im Körper die für seine Oxydation nothwendigen Bedingungen vorgefunden und die auseinandergesetzte, ausserhalb des Körpers unter dem Einflusse oxydirender Agentien vor sich gehende Umwandlung erlitten. Indessen geht auch aus den Versuchen unzweifelhaft hervor, dass nicht die ganze



Menge des eingeführten Chrysarobins in Chrysophansäure umgesetzt wird. — Was die Symptomatologie der Chrysarobinwirkung betrifft, so spielt hier die reizende Eigenschaft des Mittels auf Schleimhäute gewiss eine hervorragende Rolle. Es ist verständlich, dass bei Einführung desselben katarrhalische Zustände der Magenschleimhaut, in Folge dessen Appetitlosigkeit und verringerte Nahrungsaufnahme eintreten kann. Durch diesen irritativen Vorgang kann daher, zumal wenn grössere Dosen verabfolgt werden und eine gewisse individuelle Disposition für die Wirkung dieser Substanz vorhanden ist, der Einfluss auf die Magenschleimhaut sich als Erbrechen und auf die Darmschleimhaut als Durchfall, wie dieses aus den Versuchen von Thompson hervorgeht, kundgeben. Als Folgezustand dieser Wirkungen kann daher, wie dieses bei Thieren zu beobachten ist, so lange nicht sämmtliches Chrysarobin aus dem Körper eliminirt, resp. die Veränderungen der intestinalen Schleimhäute sich zurückgebildet haben, Abmagerung eintreten.

Was weiter die Versuche der Verf. in Bezug auf die Wirkung auf die Haut betrifft, wurden die Thiere meist auf der Bauchseite in ausgiebiger Fläche rasirt, zum Abheilen etwaiger Hautläsionen mehrere Tage sich selbst überlassen und alsdann mit folgender Salbe mittelst Borstenpinsels eingerieben:

Chrysarobini 2,0
Axung. porci 30,0

Die so behandelte Fläche wurde mit einem impermeablen Stoffe bedeckt und durch einen fest sitzenden, den Körper deckenden, aber die Bewegung nicht hindernden Verband abgeschlossen.

Es hat sich durch die Harnuntersuchung erwiesen, dass bei äusserer Application des Chrysarobins eine Resorption desselben durch die gesunde Haut stattfindet. Andererseits ist hierdurch dargethan, dass das resorbirte Chrysarobin im Körper zum Theil einer Umwandlung in Chrysophansäure unterliegt und dass der unzersetzte, den Organismus durch die Nieren verlassende Theil des Chrysarobins in diesem Organ Reizerscheinungen verursacht, die zu Eiweissausscheidungen führen.

Einem Aufsatze von Smith (3) über Hauttherapie entnehmen wir Folgendes: 1. Calomelräucherung. Smith benützte den von Kane (Dublin Journ. 1874, pag. 392) angegebenen Apparat, vermittelst



dessen Calomeldämpfe leicht auf jeden gewünschten Ort gerichtet werden können. Die Anwendung ist schmerzlos selbst auf den empfindlichsten Oberflächen und ebenso leicht bei Affectionen der Haut wie bei solchen der Zunge, Mund- und Rachenschleimhaut, der Nase etc. Sie verursacht bei manchen Patienten Uebelkeit bei Anwendung in den letzteren Regionen, doch niemals Salivation, steht der Jodoformwirkung in vielen Fällen nahe, ohne den Geruch und den hohen Preis zu theilen. Die Wirkung ist nicht blos bei syphilitischen Affectionen, sondern auch bei nicht specifischen Geschwüren hin und wieder eclatant, die jeder anderen Behandlung trotzten.

2. Acne. Der Vf. unterscheidet drei Gruppen: 1. diejenigen Fälle, in welchen Sebumretention (Comedo), 2. in denen Entzündung, 3. in denen Congestionszustände vorwalten. Seine praktischen Bemerkungen gelten nur der entzündlichen Form. Er öffnet die kleinen Abscesse mit dem Messer; die nichteitrigen, dunkelgerötheten Papeln räth er mit Carbolsäure (wie stark? Ref.) mittelst Glasstabes sorgfältig zu betupfen und die angefeuchteten Stellen mit elastischem Collodium zu bepinseln. Selbst in schweren Fällen sind nur 2—3 Applicationen nöthig. Nachts empfiehlt sich Bepuderung mit Schwefelmilch und bei sehr gereizter Haut Waschungen mit Reismilch (1 Theelöffel Reis in $^1/_2$ Pfd. frischer Milch gekocht). Für die Acne des Rückens verordnet er Abreibungen mit Seife oder Hudson's Seifenextract. Entfernung der Comedonen ist selbstverständlich. Selbst in Fällen von 10—20 Jahre langer Dauer kann die Heilung oft durch blos locale Mittel erzielt werden.

Unna.

Nach Cesarini (4) ist das Ferrum sesquichlor. in Form einer Salbe (1 — 3 Theile auf 30 Theile Fett) oder einer Solution (1 : 2 — 3 Th. Wasser) ein vortreffliches Mittel gegen Purpura haemorrhag. und simplex, gegen cachectische Hautausschläge (Ecthyma, Rupia etc.), syphilitisch-scrofulöse Geschwüre; Psoriasis und andere schuppende Ausschläge.

Einfache Entzündungsprocesse der Haut.

5. **Baruch.** Fall von chronischem, genau symmetrischem Ekzem. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 16, 1881.)
6. **Giovannini.** Ueber den Einfluss des Fiebers in zwei Fällen von Ekzem. (Bologna 1880.)



7. **Güntz.** Ueber die Behandlung und Heilung des Ekzems mit Kienruss (Fuligo). (Memorabilien, N. F., 4. Heft, 1881.)
8. **Bulkley.** Ueber die Behandlung des Ekzems der Hand und des Gesichtes. (Arch. of Derm. 1881, pag. 41.)
9. **Balmanno Squire.** Jodoformpulver gegen Impetigo larvalis. (Brit. med. Journ. 1881.)
10. **Latour.** Glyceré de sucrate de chaux saturé. (Bull. soc. de Thérap. 7. 1880.)
11. **Beck.** Zur Therapie der Pustula maligna. (Centralbl. für Chirurgie. 28. 1881.)
12. **Popper.** Derselbe Gegenstand. (Ebenda 33. 1881.)
13. **Fehleisen.** Untersuchungen über Erysipel. (Aus den Sitzungsberichten der Würzburger phys.-med. Gesellschaft 1881.)

Nach einem Berichte von Baruch (5) erkrankte die 14jährige Tochter gesunder Eltern — der Vater litt vor 10 Jahren an einem stark juckenden, nach 3/4 Jahren verheilten Hautausschlag — Anfangs 1879 an einem heftig juckenden Bläschenausschlag am linken Knie; nach 2 Tagen trat an der entsprechenden Stelle des rechten Knies derselbe Ausschlag auf. Kurz vor Weihnachten zeigte er sich dann an der rechten, bald darauf an der linken Hüfte. Später wurden der Reihe nach die Mittellinie des Rückens, die Seiten des Halses, eine bandartige Partie an der vorderen Halsgegend, endlich beide Ellen- und Hüftbeugen befallen. Die klinischen Erscheinungen waren diejenigen eines gewöhnlichen Ekzems; trotzdem glaubt Verf., es hier mit der selteneren Form eines symmetrischen Herpes Zoster zu thun gehabt zu haben und der genau symmetrische Sitz des Leidens spricht ihm dafür, dass es sich hier um eine central bedingte Innervationsstörung handle. (? A.)

Giovannini theilt (6) zwei Fälle von ziemlich ausgebreitetem Ekzem mit, die im Verlaufe von acuten fieberhaften Erkrankungen (in dem einen Falle Pneumonie, in dem anderen Nephritis parenchymatosa) schwanden und auch später nicht wieder auftraten. Diese beiden Fälle bieten dem Verf. Gelegenheit, sich über die einander diametral entgegengesetzten Ansichten der Franzosen (Metastasen) und der Hebra'schen Schule (cutane Anämie als Folge von Säfteverlust) eingehend zu äussern und auf Grund klinischer und Literatur-Studien sich sowohl gegen die eine als auch gegen die andere Theorie auszusprechen.

Verf. nimmt vielmehr ausgehend einerseits von den schon mehrseitig beobachteten Hauterkrankungen in Folge von centralen und peripheren Nervenaffectionen, andererseits von den Untersuchungen Golubew's, Tachanoff's und Stricker's, wonach selbst die kleinsten Hautcapillaren durch einen Reiz zur Contraction gebracht werden, an, dass die durch das Froststadium des Fiebers auf nervösem Wege herbeigeführte Contraction der Hautcapillaren den acuten Hautprocess sistirte. Dieser Nerveneinfluss wäre also das primäre Moment des Verschwindens des Ekzems, dem durch die Anämie, die dem Ekzem den Nährboden entzieht, das Moment des Säfteverlustes erst in zweiter Linie folgt.
Schiff.

Güntz (7) wendet gegen verschiedene Hautaffectionen, besonders Ekzem, eine Salbe aus frischem Schweinefett und Holzruss an. Der Russ stammt vom Kienholz und enthält auch empyreumatische Stoffe. Die Salbe wird bereitet, indem man dem Schweinefett so viel Russ unter fortwährendem Umrühren zusetzt, bis dasselbe auch in der Wärme eine mehr dickliche Consistenz behält; dünnflüssig darf die Salbe nicht sein, damit sie nicht, von der Körperwärme zu sehr erweicht, herabfliesse. Diese Salbe gewährt den Vortheil, dass sie, auf wunde Stellen aufgestrichen, an und für sich keine Schmerzen verursacht und auf reizbare, schmerzhafte, excoriirte Stellen in der Regel schmerzstillend einwirkt. Sie ist geruchlos und zerstört die Wäsche nicht. Die Anwendung der Russsalbe geschieht in der Weise, dass man sie auf die erkrankte Stelle einfach täglich Früh und Abends aufstreicht und dieses Verfahren 6 Tage lang fortsetzt. Erst nach dieser Zeit wischt man dieselbe sanft ab. Verf. legt besonderes Gewicht darauf, dass die Salbe mehrere Tage hintereinander auf der kranken Stelle der Haut liegen bleibe.

Die Anwendung der Russsalbe bei Impetigo, nach vorhergängiger Abweichung der Krusten, wird auf den wunden Stellen sehr gut und schmerzlos vertragen und bewirkt oft verhältnissmässig überraschende Heilung. Die Russsalbe mildert das Jucken und vermittelt raschere und sanfte Abheilung der excoriirten Stellen, welche bei Prurigo und Lichen den Kranken oft quälen, wenn auch eine eigentliche Heilung hier nicht erzielt werden kann, da die wunden Stellen wohl abheilen, aber immer wieder neue Nachschübe kommen. Auch bei acuten Erythemen und Erythema papulatum sah der Verf. Erfolg, dagegen nicht bei Ulcerationen.

Beim **acuten Ekzem** empfiehlt **Bulkley** (8) in allen Fällen, in welchen das Einbinden der Hände in Zinksalbenlappen (2 : 30) unthunlich ist, folgende Flüssigkeit zum Waschen:

Lapidis calaminaris
Zinci oxydati āā 4,0—8,0
Glycerini 8,0
Aq. rosarum 120,0
M.

deren Bodensatz die Haut genügend bedeckt. B. zieht dieselbe hier Streupulvern und der Hebra'schen Salbe vor. Beim chronischen Ekzem der Gelenke und des Handrückens findet B. in Einreibungen von Kali causticum in wässriger Lösung (2—6%) mit unmittelbar darauf folgender Salbenapplication das souveräne Mittel. Ganz umschriebene ekzematöse Stellen an diesen Gegenden können durch ein Blasenpflaster rasch und dauernd geheilt werden. Ekzeme an den Palmarflächen erfordern andererseits Handbäder, die so heiss genommen werden müssen, dass der Pat. nur eine kurze Zeit die Hand auf die Wasserfläche legen kann. Er zieht dieselbe sodann zurück und wiederholt die Procedur öfters, worauf sogleich Hebra'sche Salbe in dicker Lage aufgebunden wird. Ist dieser Verband bei Tage unmöglich, so verordnet B. folgende Lösung, die öfter und besonders nach jedesmaligem Waschen eingerieben wird:

Glycerolati plumbi subacetici
Glycerini āā 8,0
Aq. destill. 45,0
M.

Gummihandschuhe wirken oft vortrefflich, doch nur wo sie Tags und Nachts continuirlich getragen werden können; jedoch ist der Erfolg nicht lange dauernd. Hartnäckig ist auch jene Form, in welcher Enden und Seitenflächen der Finger verhärtet und mit Rhagaden besetzt sind. Auch hier empfiehlt B. heisse Bäder mit nachfolgender Hebra'scher Einwicklung oder auch die Entfernung der dicken Hornschicht mittelst Kali caust. oder Bimsstein. Beim Ekzem der Umgebung der Nägel sind heisse Bäder und Kali-Einreibungen zuweilen nützlich; in anderen Fällen muss man auf alle starken Mittel verzichten. In einem solchen Falle sah B. Erfolg von Liq. ferri persulfatis 4 : 30 Fett (ungefähr Liq. ferri sulfurici oxydati, Ref.). In Bezug auf das erythematöse Ekzem des Gesichts gesteht B. die Unzulänglichkeit der gewöhnlichen Mittel. Die Zinkgalmeilösung bringe



vorübergehende Erleichterung, Salbenmasken können in der Privatpraxis selten angewendet werden. (Ref. hat gegen die Anwendung von Masken aus Salbenmull auch in der Privatpraxis niemals Widerstand gefunden.) Bei pustulösem Ekzem des behaarten Gesichts lässt B. in milden Fällen den Bart nur kurz schneiden und trägt eine Zinksalbe auf; in schwereren Fällen muss täglich rasirt und nachher Hebra'sche Salbe aufgebunden werden. B. erwähnt schliesslich noch eine subacute, papulo-vesiculöse Form von Gesichtsekzem, welche meist bei nervösen und vielbeschäftigten Leuten vorkommt und gegen alle localen und allgemeinen Massregeln sich hartnäckig erweist.

Ueber diesen Vortrag fand in der dermatolog.-amerikan. Gesellschaft am 1. September 1880 eine Debatte statt, in welcher Heitzmann (New-York) die interne Behandlung des Ekzems für nutzlos erklärte. Beim acuten Ekzem der Hände seien Waschwässer und Salben schädlich. Er gebrauche nur Streupulver. Gewisse Gesichtsekzeme recurrirten immer wieder. An einen Nerveneinfluss beim Ekzem glaubt H. nicht. Beim chronischen Gesichtsekzem seien rothe und weisse Präcipitatsalbe (1:16) und in schweren Fällen Wilkinson's Salbe vortrefflich. Epilation empfehle er nur, wo das Haar lose im Follikel sitze. Rasiren oder Nichtrasiren komme auf eins heraus. Hyde (Chicago) empfiehlt dagegen das Rasiren einen um den anderen Tag bei pustulösem Ekzem am behaarten Gesicht aufs dringendste. Ekzem an haarlosen Stellen des Gesichts sei sehr undankbar zu behandeln. Hardaway (St. Louis) betont die Regellosigkeit der Wirkung aller, auch der besten Mittel, in den einzelnen Fällen. Das acute Ekzem behandle er mittelst Einwicklung mit Hebra'scher Salbe. Beim schuppigen Ekzem der Hohlhand habe er in einzelnen Fällen: Blasenpflaster, die Heisswasserbehandlung mit Nutzen angewandt, in anderen Fällen ohne Erfolg. Gummihandschuhe von vorzüglicher Feinheit und Wirkung habe er aus England erhalten. Für gewisse Fälle von erythematösem Ekzem des Handrückens empfiehlt H. die äusserliche Application von Bonjean's Ergotin, pur oder in Salben (1 : 25). Beim erythematösem Ekzem des Gesichts gebrauche er Hebra'sche Salbe und Liq. picis alkalinus (4:30 Vaseline). Die Angaben der Lehrbücher seien zu unbestimmt. van Harlingen (Philadelphia) gebraucht beim acuten Ekzem der Hände Waschungen mit dem Fluid extr. von Grindelia robusta. (8 : 500 aq.) Beim Ekzem der Handflächen mit starker Verdickung lässt er heisse Handbäder nehmen, worauf mit Kal. caustic.

gepinselt wird. Sowie Brennen fühlbar wird, lässt er die Hände in kaltem Wasser abwaschen und dann mit basischem Blei-Glycerolat oder einer Theersalbe einbinden. Er stimmt Hyde bei in der Nothwendigkeit zu epiliren und rasiren und empfiehlt für das Ekzem der beharten Stellen eine Salbe von Schwefel und Campher mit Coldcream (1 : 1 : 30). Graham (Toronto) hat von Cautchouc in Chloroform gelöst gute Resultate gesehen, in Fällen, wo Handschuhe verweigert wurden. Die Application muss alle paar Tage erneut werden. White (Boston) hätte von Bulkley gerade zu hören gewünscht, was in jenen Fällen zu thun sei, in welchen die guten, gewöhnlichen Mittel im Stiche lassen, worauf B. hinweist, dass er gewisse Fragen zur Discussion gestellt habe. W. erklärt hierauf, dass er die grüne Seife, wenn er sie zur Erweichung dicker Hornschichten der Hand- und Fussflächen benutze, gewöhnlich sogleich wieder abwasche. Duhring zieht Calomel dem rothen und weissen Präcipitat bei der Ekzembehandlung vor. Er verwendet Salben in der Stärke von 2—12 auf 100 Fett, Vaseline oder Zinksalbe. Die gewöhnliche, sehr empfehlenswerthe Salbe sei eine 6%ige. Bei subcutanem Ekzem der Finger gebrauche er schwächere Salben und überhaupt sei die Calomelsalbe nur für die Fälle mit nicht zu starker Verdickung der Hornschicht. White hat keinen Unterschied zwischen der Wirkung des weissen Präcipitats und des Calomels gesehen. Duhring und van Harlingen treten noch einmal für Calomel ein, White hat auch von der Aq. phagedaenica nigra, Lösungen von Sublimat und weissem Präcipitat (?) Nutzen gesehen. Bulkley macht die Bemerkung, dass diejenigen, welche am wenigsten ermuthigend über die Ekzembehandlung gesprochen hätten, zugleich diejenigen wären, welche das meiste Vertrauen in die locale Behandlung setzten. In Bezug auf die Application von Medicamenten im Gesichte, welche er als schwierig hingestellt habe, vermisse er Angaben über befriedigendere Methoden (Ref. empfiehlt H. Bulkley Masken und Stücke von Salbenmull mit Mullbinden befestigt). White gibt im Princip nicht zu, dass die rein locale Behandlung weniger befriedigende Erfolge aufzuweisen habe. Unna.

Squire (9) streut Jodoform zu gleichen Theilen mit Stärkemehl gemischt auf die von Borken gereinigte Oberfläche bei Impetigo larvalis und bedeckt sie dann mit Glycerin. — Alle zwei Tage zu wiederholen.



Latour empfiehlt (10) gegen Verbrennungen und Gesichtserysipel an Stelle des gebräuchlichen Liniments von Kalkwasser und Leinöl folgendes Präparat: gelöschter Aetzkalk 200 Grm., Sacchar. pulv. 400 Grm., Aqu. 2 Kilogr., Glycerin 400 Grm. Der Zucker und Kalk werden in einem Mörser innig verrieben, während das Wasser in kleinen Dosen zugesetzt wird und die Mischung wird während 24 Stunden wiederholt in einer Flasche geschüttelt. Dann wird filtrirt, das Filtrat mit Glycerin versetzt und das Ganze bis zum Volum eines Liters eingedampft. Der Rückstand stellt das Glycerin-Kalksaccharat dar, welches für den Gebrauch weiter verdünnt oder mit Ol. amygdal. dulc. gemengt wird. Verf. will damit sehr gute Erfolge erzielt haben.

Beck theilt (11) mit, dass er in einem Falle von Milzbrandpustel beim Menschen dieselbe im Wege der Ausätzung in 4—5 Tagen auf das Niveau vollständiger Gefahrlosigkeit gebracht habe. Hierauf gibt Popper (12) die von ihm in Miskolcz geübte Methode der Behandlung bekannt, durch welche dasselbe Ziel binnen 24 Stunden erreicht wird (1861 von ihm veröffentlicht).

Die Fälle von Pustula maligna kommen in der Rinderzucht treibenden Gegend daselbst sehr häufig vor, und zwar zumeist an den Händen, Armen und im Gesichte. Die Infection geschieht theils unmittelbar durch die Hantirung mit an Milzbrand verendeten Rindern oder Schafen, theils indirect durch Berührung oder Stiche von Aasfliegen, Bremsen u. dgl. Insecten.

In welchem Stadium immer der mit einer Pustula maligna behaftete Pat. sich vorstelle, und möge erstere an welcher Stelle des Körpers immer localisirt erscheinen, so wird der Krankheitsherd durch einen tiefen, bis ins Unterhautzellgewebe dringenden Kreisschnitt von der umgebenden gesunden Haut isolirt und hierauf lege artis exstirpirt. Sollte, was nicht selten vorkommt, an der Centralstelle das wie russig infiltrirte — nekrotische — Gewebe noch tiefer, bis ins Muskelstratum sich erstrecken, so muss auch dies mit entfernt werden. Nach Beendigung dieses kleinen operativen Eingriffes, bei dem hie und da ein Blutgefäss unterbunden werden muss, wird die Schnittwunde antiseptisch verbunden.

Es vergehen selten mehr als einige Stunden, dass die Geschwulst in der Umgebung der Pustel, also am Vorder- und Oberarm, dem Gesichte, den Augenlidern, nicht sofort abfiele, und es kommt nie



vor, dass, wenn die Pustula maligna zeitlich, d. h. vor dem Eintritt der allgemeinen Infection zur Behandlung kam, die Pat. nicht unmittelbar ihre Beschäftigung fortzusetzen im Stande waren.

In einem Falle von Erysipeles migrans fand Fehleisen (13) Mikrococcen in grosser Menge innerhalb der erkrankten Haut, besonders reichlich in den Lymphgefässen der oberflächlichen Schichten des Coriums, weniger in den Lymphgefässen der tieferen Schichten. Im subcutanen Bindegewebe dagegen waren sie nur noch an vereinzelten Stellen anzutreffen. Die Blutgefässe waren überall frei davon Die Mikrococcenanhäufungen innerhalb der Lymphgefässe waren wesentlich beschränkt auf die Randzone der erysipelatösen Röthung, verloren sich nach den abblassenden Stellen zu sehr rasch vollkommen. An letzteren Stellen schien dagegen die kleinzellige Infiltration reichlicher zu sein, als in den frisch ergriffenen Bezirken. Von der Randzone liessen sich einzelne Mikrococcenzüge in die noch nicht geröthete Hautpartie hinein verfolgen. Die gefundenen Mikrococcen bildeten Ketten von 6—12 oder mehr Gliedern neben in Theilung begriffenen Diplococcen. Sie waren 0·4 Mm. gross. Vf. hält den Befund für charakteristisch.

Angioneurotische Dermatosen.

14. **Boschulte.** Eine Mittheilung über Scharlachansteckung. (Virchow's Archiv. 84. Bd. 1881.)
15. **Karrik.** Ueber die beste Methode zur Verhütung von Narben nach Pocken. (Wratsch. Nr. 12. — St. Petersb. Wochenschrift Nr. 24. 1881.)
16. **Pissin.** Zur Conservirung der animalen Vaccine. (Berlin. Klin. Wochnschr. 44. 1881.)

Am 23. März c. (14) kam ein junges Mädchen, Frl. W., aus V. in Westphalen von Crefeld, auf der Rückreise in die Heimat, in Camen anscheinend wohl an, doch klagte sie am 24. über Halsschmerzen und Schlingbeschwerden bei leichtem Fieber. Es zeigte sich beginnende Angina tonsillaris. Dabei theilte sie mit, dass in der Familie in Crefeld, wo sie einige Wochen sich aufgehalten, einige Kinder an Scharlach mit Diphtherie gelitten, sie selbst aber mit den abgesondert gehaltenen Patienten nicht in Berührung gekommen sei. Nach



den Erscheinungen, da jeder Belag auf der Schleimhaut und jedes Exanthem auf der Cutis fehlte, erklärte Verf., in Uebereinstimmung mit einem hinzugekommenen Collegen den Fall für einfache Angina tonsillaris. Es kam in der Geschwulst zur Eiterung, der Eiter wurde am 27. mittelst des Scalpells entleert und der Fall verlief ohne Folgen günstig.

Am 29. März klagte darauf ein junges Mädchen, welches auf dem Zimmer der Kranken täglich einige nöthige Verrichtungen besorgt hatte, über Halsschmerzen. Dasselbe wurde dann von den Eltern zu Hause gehalten und bekam Scharlach, ebenso die stellvertretende Schwester. — Am 12. April klagte des Verfassers Tochter, die noch nicht Scharlach gehabt, die aber die Kranke beständig gepflegt hatte, über anginöse Beschwerden und in der folgenden Nacht kam das Scharlach-Exanthem zum Ausbruch unter nervösen Erscheinungen.

Hervorzuheben ist, dass in Camen (Westphalen, wo der Verf. ansässig ist), einer Stadt von 4000 Einwohnern, sonst kein Scharlach vorhanden war, und dass Verfassers Wohnhaus frei und der frischen Luft von allen Seiten zugänglich in einem Garten liegt.

Aus diesem Hergange geht hervor, dass Frl. W. in Crefeld von Scharlach inficirt worden und dass, wenngleich bei ihr das Exanthem nicht zum Vorschein gekommen, sie in Camen andere Individuen angesteckt hat. Es wird auch die Annahme nahe gelegt, dass der Scharlach weniger durch die Cutis, als durch die Exhalation der Schleimhäute ziemlich unmittelbar übertragen worden sei.

Ein solch eclatanter Fall von Infection durch versteckten Scharlach war dem Verf. in einer länger als 40jährigen Praxis noch nicht vorgekommen. (So selten ist diese Art von Uebertragung doch nicht, ebensowenig ist die Scarlatina sine exanthemate in Epidemien eine Rarität. A.)

Nach kritischer Beleuchtung der verschiedenen Arten des Gebrauches von Kälte, Salben etc. zur Verhütung von Narben nach Pocken bleibt Karrick (15) bei der 1863 an der Edinburgher Klinik versuchten Methode von Andrew Smarth stehen, die vom Verf. 13 Mal mit sehr gutem Erfolge angewandt worden. Schon vor vielen Jahren wurde von Graves in Dublin eine Lösung von Guttapercha in Chloroform vorgeschlagen, bewährte sich jedoch nicht, da nach dem Verdunsten des letzteren ersteres platzte und keinen



gleichmässigen Ueberzug gab. Statt dessen hat nun Smarth Gummi elasticum in Chloroform gelöst angewandt.

Man stellt sich die Lösung folgendermassen dar: Ein Stück Gummi feinster Qualität wird in kleine Stücke zerschnitten und in eine 4 Unzenflasche, zur Hälfte mit Chloroform gefüllt, geworfen, so dass die Flasche zu drei Viertel voll wird, worauf man so lange schüttelt, bis sich der Gummi gelöst hat.

Von dieser Lösung trägt man mit einem weichen Pinsel 3 bis 5mal täglich auf jede sich bildende Eruption eine Schicht auf, die anfangs hellgrau erscheint, nach wiederholtem Aufpinseln jedoch eine schwarze Farbe zeigt, Luft und Licht abschliesst und einen leicht elastischen Druck ausübt.

Pissin theilt (16) ein vollständig verändertes Verfahren der Abnahme und Aufbewahrung der animalen Vaccine mit. Es ist bekannt, dass Pockenkrusten von bei Kühen spontan entstandenen Pocken noch nach langer Zeit bei der Impfung guten Erfolg geben können, wenn sie, durch Glycerin und Wasser erweicht, in die Incisionen eingerieben werden. Von dieser Erwägung ausgehend, ist Verf. der Ansicht, dass die frischen Pockenschorfe, die zugleich noch lymphhaltig sind, doch gewiss von noch unendlich viel grösserer Wirkung sein müssten. Mehrere Uebelstände aber, welche mit dieser Art der Impfung verbunden sind, hindern ihre umfangreiche Ausbreitung. Vor Allem nämlich ist es die Unmöglichkeit, diesen blutigen Brei mit seinen unvermeidlichen organischen Anhängseln längere Zeit in halbflüssigem Zustande zu conserviren, ohne sich der Gefahr auszusetzen, durch die Impfung, namentlich in warmer Jahreszeit, mit den Pocken zugleich septische Erkrankungen hervorzurufen, wie es in San Quirico in Italien vor Kurzem geschehen ist. Um diese Gefahr mit Sicherheit auszuschliessen, muss die Masse ausgetrocknet werden. Alsdann erfordert aber die nachherige Aufweichung und Präparation der bröckeligen Substanz so viel Zeit und ist so umständlich, dass sie zu einer schnellen und massenhaften Impfung nicht empfohlen werden kann. Aus diesen Gründen entschloss sich Vf. nach Anlegung der gewöhnlichen Sperrpincetten, den ganzen Lymphinhalt der Pusteln, die Epidermisschuppen nicht ausgeschlossen, auf grosse Uhrschalen mittelst einer starken Lancette zu streichen und dort mit verdünntem Glycerin längere Zeit innig zu mischen, so dass sich eine Art



Extract bildet, welcher sich nach einiger Zeit in jede beliebig starke Capillare füllen lässt. Bis jetzt nahm Vf. 1 Tropfen Glycerin auf den Inhalt einer Pocke. Für gewöhnlich wurden Haarröhrchen benutzt, die nur zu Einzelimpfungen ausreichen. Versuchsweise aber wurden auch grössere genommen, aus denen mit Leichtigkeit 10 Kinder geimpft werden konnten. Der Erfolg war in allen Fällen gleich gut, so dass Verf. glaubt, man könne die Lymphmasse aus der Uhrschale direct in kleine Grammgläser giessen, wo sie sich, sofort luftdicht verschlossen, gewiss ebenso lange wirksam erhalten würde, wie in den Röhrchen und bei der Impfung im Grossen noch leichter zugänglich wäre.

Neuritische Dermatosen, Idioneurosen der Haut.

17. **M'Calman.** Scleroderma adultorum. (The Glasgow med. Journ. vol. XVI. October 1881. — Centralbl. f. Chir. 45, 1881.)
18. **Wölfler.** Ueber einen Fall von Sklerodermie und Onychogryphosis. (Zeitschrift f. Heilkunde Bd. II. 1881. — Centralbl. f. Chir. Nr. 29, 1881.)
19. **L. Langer.** Beitrag zur Kenntniss des Sclerema neonatorum. („Wiener med. Presse“ Nr. 44 und 45. 1881.)
20. **Caesar Boeck.** Fall von „multipler, cachectischer Hautgangrän“ (O. Simon). (Norsk Magazin f. Laegevidensk. Heft 10, 1881.)
21. **Bulkley.** Ueber ein neues Mittel (Gelsemium) gegen Pruritus. (The New York med. Journ. vol. 33. Nr. 1. 1881.)

M'Calman hatte Gelegenheit (**17**), ein 12jähriges, aus nervöser Familie stammendes Mädchen zu beobachten, welches seit etwa 2 Jahren an Skleroderma litt. Die Streckseiten beider Arme und Beine waren ergriffen, und an ersteren zu constatiren, dass die Affection der Ausbreitung des Nervus radialis entsprach. Die afficirten Stellen waren hart, deprimirt unter das Niveau der gesunden Haut, bräunlich-bläulich gefärbt, mit weissen sternförmigen Flecken versehen; an einigen Stellen harte, wie narbig erscheinende Stränge. Die Sensibilität schien erhalten zu sein. Im Uebrigen war das Mädchen gesund. Sie erhielt 3mal täglich innerlich eine Mischung von 2 Tropfen Liq. arsenicalis, 2 Tropfen Liq. Strychn. und 5 Tropfen Tinct. ferri perchlorati; sie

musste sich in einem warmen Raum aufhalten, Flanellkleider tragen, und eine Mischung von Chloroform- und Aconitliniment Morgens und Abends einreiben. Nach 7monatlicher Behandlung hatte sich der Zustand sehr gebessert, namentlich waren die narbigen Stränge verschwunden.

Betreffend die Aetiologie und pathologische Anatomie des Skleroderma gelangt Verf. zu dem Resultate, dass die Krankheit auf einem abnormen nutritiven Processe beruhe, der mit einer localen Affection der Nerven zusammenhänge. Ob eine Affection des Centrums der trophischen Nerven (Mader) anzunehmen sei, lässt er dahingestellt. Bemerkenswerth sei jedenfalls das symmetrische Auftreten des Skleroderma und der Umstand, dass dem Leiden meist rheumatische Affectionen vorhergehen.

Wölfler beschreibt einen Fall von Sclerodermie und Onychogryphosis (**18**) bei einem älteren Manne entstanden, nachdem er im Jahre 1870 eine complicirte Fractur der beiden linken Vorderarmknochen durch eine Bohrmaschine erlitten hatte. Starke Nachblutungen machten damals zuerst die Ligatur der A. brachialis und nachher diejenige der A. axillaris nothwendig. Erst nach Lösung mehrerer Sequester kam $^3/_4$ Jahre später die Heilung vollständig zu Stande. Vor 4 Jahren fingen dann die Nägel an den Fingern der linken Hand an sich zu verdicken und krallenartig umzubiegen; sie erschienen wie aufgeblättert, zerklüftet, in querer Richtung gewulstet und gewunden wie ein Widderhorn. Auch die den Nägeln zunächst liegende Haut war wie verödet, spröde, trocken, papierartig, ohne Haare und Faltung, matt glänzend und kälter, als an der anderen Hand. Die Finger waren in den Interphalangeal- und Metacarpo-phalangealgelenken gebeugt und konnten nur wenig bewegt werden. Die Sensibilität blieb völlig erhalten, die musculöse Erregbarkeit war gegenüber dem inducirten Strome nicht völlig erloschen. (Der Fall ist offenbar einer von Liodermia neuritica (Glossy skin der Amerikaner. A.).

L. Langer weist (**19**) darauf hin, dass das Sclerema neonatorum sich in zwei Formen darstellt. Die Verhärtung des Unterhautzellgewebes kann nämlich entweder bedingt werden durch ödematöse Infiltration oder durch Starrwerden des Fettes im Panniculus

adiposus. Im ersteren Falle tritt auch Infiltration der Cutis und Volumszunahme, besonders der Extremitäten auf, welche Erscheinungen bei dem Fettsklerem fehlen.

Durch Untersuchungen, welche Verf. über die Beschaffenheit des Menschenfettes anstellte, wies derselbe erhebliche Differenzen in der chemischen Zusammensetzung des Fettes beim neugeborenen Kind und beim erwachsenen Menschen nach.

Die Beschaffenheit des Fettes beim Neugeborenen gewährt einen Ausblick auf das sogenannte Fettsklerem, indem sie mit dem Zustandekommen dieser Erkrankung im Zusammenhang zu stehen scheint.

Es concentrirt sich nämlich beim neugeborenen Kinde beinahe alles Fett auf die Tela subcutanea, so dass der Panniculus adiposus des Kindes relativ mindestens fünfmal so dick ist als der des fettleibigsten Erwachsenen. Der Panniculus des neugeb. Kindes weist ferner an der Leiche eine bedeutend derbere und härtere Consistenz auf. Er ist grauweiss und zerfällt leicht in Krümeln, ähnlich wie in Wasser gekochtes Wachs; von dem Heraustreten von Fetttröpfchen ist keine Spur. Das durch Extraction mit Aether gewonnene und gereinigte Fett vom neugeborenen Kind stellt bei Zimmertemperatur eine weisse, ziemlich feste, talgartige Masse dar, welche bei 45° C. schmilzt. Das Fett des Erwachsenen ist bei Zimmertemperatur beinahe vollständig flüssig und ähnlich wie Leberthran gefärbt; es erstarrt erst bei Temperaturen unter 0°. Verschiedene Methoden, welche zur Trennung der festen Fettsäuren von der flüssigen Oelsäure angewendet wurden, ergaben übereinstimmend für das kindliche Fett einen Percentgehalt von 31 Percent an festen Fettsäuren; für das Fett des Erwachsenen dagegen nur einen Percentgehalt von weniger als 10 Percent. Im umgekehrten Verhältniss zur Menge der festen Fettsäuren steht die Menge der Oelsäure und findet sich dem entsprechend im Fette des Neugeborenen weniger Oelsäure als im Fett der Erwachsenen. Die durch Verseifen etc. aus den Fetten ausgeschiedene Menge von Glycerin ist bei beiden die gleiche. Die dargelegte Beschaffenheit des Fettes bei Neugeborenen setzt der Verf. nur mit dem sogenannten Fettsklerem in Zusammenhang. Das Fettsklerem tritt gewöhnlich nur bei ausgetragenen, gut entwickelten Kindern, und zwar meist in den ersten Tagen nach der Geburt, seltener später auf. Kinder, welche schon mehrere Wochen alt sind, werden nicht mehr davon befallen. Die Erkrankung charakterisirt



sich besonders durch Hartwerden der Haut und durch ein bedeutendes Sinken der Körpertemperatur. Meistens beginnt das Starrwerden der Haut an den unteren Extremitäten, an den Waden, entweder mit einer circumscripten oder gleich diffusen Härte. Von da verbreitet es sich auf die Oberschenkel, ergreift dann die oberen Extremitäten und das Gesicht. Am Thorax erreicht die Verhärtung gewöhnlich nur einen geringen Grad. Die anfangs blasse und wachsartig glänzende, später livide Haut fühlt sich ganz hart, brettartig und dabei kalt an. Eine aufgehobene Hautfalte gleicht sich nicht aus, sondern bleibt stehen, ebenso erhält sich ein Fingerdruck längere Zeit sichtbar. Dabei sind die Extremitäten unbeweglich und starr, der Athem ist kühl und macht der Körper den Eindruck eines Erfrorenen. Bevor das Sklerem der Haut auftritt, geben sich gewöhnlich Allgemeinsymptome kund; die Kinder fiebern, saugen schlecht und liegen leise wimmernd da. Selten tritt Genesung ein. Wenn es auch durch therapeutische Eingriffe gelingt, das Hautsklerem zum Schwinden zu bringen, so erfolgt doch meistens einige Stunden oder Tage nach Entstehung des Sklerems der Tod. Das Starrwerden der Haut ist jedoch nicht als selbstständige und primäre Erkrankung der Haut aufzufassen und lässt die Haut auch keinerlei Entzündungssymptome oder Infiltration wahrnehmen. Es ist vielmehr das Hautsklerem eine secundäre, accidentielle Erscheinung, welcher anderweitige schwere Erkrankungen zu Grunde liegen. Die Section ergibt denn auch in solchen Fällen gewöhnlich den Befund einer Pneumonie, eines ausgebreiteten Darmkatarrhs und dergleichen mehr. Tritt in den Endstadien dieser primären Erkrankungen Collaps mit einem bedeutenden Abfall der Körpertemperatur ein, so erstarrt eben das Fett im Panniculus adiposus, und zwar stärker an den Extremitäten als am Thorax, da die Abkühlung an den Fxtremitäten rascher und intensiver vor sich geht, als am Stamm. Davon, dass wirklich bei mittlerer Körpertemperatur ein grosser Theil des Fettes in den Fettzellen des kindlichen Panniculus adiposus starr ist, hat sich Verf. überzeugt. Wenn beim Neugeborenen sogar die normale Körpertemperatur noch nicht hinreicht, um das Fett im Panniculus adiposus in vollkommen flüssigem Zustande zu erhalten, so ist es begreiflich, dass bei einem Temperaturabfall von mehreren Graden das Fett im Fettgewebe hart und fest wird und der Panniculus adiposus sklerosirt. Dasselbe kann natürlich auch durch äussere Ursachen z. B. bei ungenügender Be-

kleidung und langem Aufenthalt der Kinder in kalter Luft und Wasser erfolgen. Bisweilen gelingt es, wie Demme hervorhebt, das Sklerem durch Anwendung von heissen Sandbädern und überhaupt durch eine Therapie, welche auf Erhöhung der Körpertemperatur abzielt, wenigstens für einige Zeit zum Schwinden zu bringen.

Boeck (20) hat in der medizin. Gesellschaft zu Christiania in der Sitzung am 8. Juni 1881, einen Fall von der zuerst von Oscar Simon im Jahre 1878 beschriebenen, „multiplen, cachectischen Hautgangrän" vorgestellt. Der Fall betraf ein 10 Monate altes, ganz wohl genährtes Mädchen. Am Rücken, an der Brust, am behaarten Kopfe, besonders in der Scheitelregion und an den Beugeflächen des Oberarmes mit dem angrenzenden Theile des Unterarmes finden sich eine Menge, besonders am Rücken dichtstehende Efflorescenzen vor, die sich auf den verschiedensten Entwickelungsstadien befinden. Dabei sieht man auch schon zahlreiche Narben von verschiedener Grösse und Tiefe, welche zum Theil eine sehr grosse Aehnlichkeit mit Pockennarben zeigen. Die Entwickelungsgeschichte der einzelnen Foci, deren Grösse von einem Hirsekorn bis zu einer Haselnuss variirt, war die folgende: Sie beginnen mit einem rothen, etwas erhobenen Fleck, auf dem sich schnell eine weisse Vesikel bildet. Dieses scheinbare Bläschen oder kleine Blase bildet jedoch kein eigentliches Cavum, sondern besteht in der Regel nur aus der imbibirten, erweichten Epidermis, so dass man, wenn diese entfernt ist, sehr schwierig auch den kleinsten Theil eines Tropfens seröser Flüssigkeit aufsammeln kann. Wenn somit die Vesikel eine gewisse Grösse erreicht, sieht sie auch ganz flach aus und beginnt dazu noch bald in der Mitte etwas einzusinken. Eben von der Mitte aus beginnt jetzt auch eine bräunliche Krustenbildung, und auf diesem Stadium bildet ein einigermassen grosser Focus eine auffällige Aehnlichkeit mit einer Vaccinepustel am 9. oder 10. Tage ihres Bestehens dar, wenn nämlich dieselbe einzutrocknen beginnt, aber noch in der Peripherie weiss ist. Die Krustenbildung schreitet weiter und schliesst zuletzt den ganzen Focus ein. Indem aber diese Kruste nach einigen Tagen sich zu lösen beginnt um abgestossen zu werden, zeigt es sich, dass die Kruste nicht blos von der eingetrockneten Epidermis gebildet war, sondern dass auch das unterliegende Corium mitergriffen und mehr oder weniger tief gangränescirt war und jetzt bei



einer reichlichen Suppuration abgestossen wird. Diese Gangrän kann, sogar, wie es in diesem Falle an der Pars capillata capitis geschehen ist, das Periost zerstören, so dass nothwendigerweise eine oberflächliche Nekrose des Knochens nachfolgen muss. Wenn also der gangränöse Focus abgestossen ist, hat man ein häufig sehr tiefes Ulcus mit scharfen, ausgeschnittenen Rändern übrig, welches langsam granulirt und heilt. Ausser am behaarten Kopfe hat der Process in der Haut unterhalb der Achseln besonders tief, bis ins subcutane Gewebe hinein gegriffen. Die grösste Ausdehnung haben die Foci am Scheitel erreicht, wo jetzt mehrere Narben von einem Durchmesser von 1 bis 2 Centim. zu sehen sind. — Der Verlauf der Krankheit ist im Ganzen ein langsamer gewesen, indem immer Nachschübe von neuen Foci sich eingestellt haben. Die Krankheit hat sich zuerst — vor ungefähr 6 Monaten — an der rechten Wange gezeigt, wo dieselbe mit einem einzelnen, sehr grossen Focus aufgetreten ist, und wo jetzt eine kaum zugeheilte, runde, etwas vertiefte Narbe von etwa einem Ctm. im Durchmesser zu sehen ist. Ungefähr 14 Tage später hat die Krankheit sich auch am behaarten Kopfe und am Rücken gezeigt und hat sich nachher langsam auf allen den genannten Localitäten verbreitet. Die Krankheit hat keine so vollständige Symmetrie dargeboten, dass man aus der Verbreitung derselben sich besonders veranlasst fühlen könnte die ganze Hautaffection auf die Rechnung einer Innervationsstörung zu schreiben. Dagegen wurden in dem sehr sparsamen, serösen Secret der neu gebildeten Vesikel sehr zahlreiche Mikrococcen nachgewiesen, die sich jedoch nicht von den gewöhnlichen, beinahe überall in Entzündungsherden der Haut vorkommenden Mikrococcen unterscheiden liessen, weswegen der Verf. auch diesem Befunde keine besondere Bedeutung beizumessen wagt. Auch die Hypothese Simon's von einer marantischen Thrombose der Hautgefässe kommt dem Verf. nicht ganz plausibel vor. Die kleine Patientin B.'s konnte gar nicht weder cachectisch, noch marastisch genannt werden, und die äusseren Lebensverhältnisse des Kindes waren im Ganzen sehr gut.

Zu gleicher Zeit, als dieser Fall beobachtet wurde, wurde auch ein anderer Fall derselben Krankheit in der zur Universitätsklinik für Hautkranke gehörigen Poliklinik behandelt: Dieser letztere Fall betraf ein einjähriges Mädchen, das in der That ziemlich cachectisch und heruntergekommen war; das Kind hat auch,



ganz wie in dem Falle von Eichhoff, an einer phlyctänulösen Keratitis gelitten. Die Krankheit dauerte auch in diesem Falle mehrere Monate.

Bulkley empfiehlt (21) Gelsemium gegen Pruritus. Er begann bei Erwachsenen mit 10 Tropfen der Tinctur, stieg dann bis 12—15 Tropfen alle halbe Stunden, bis im Verlauf von 2 Stunden ca. 4 g verbraucht waren.

Epidermidosen.

22. **Gowers.** Ueber Psoriasis, durch Borax erzeugt. (The Lancet vol. II. p. 546. 1881.)
23. **Caesar Boeck.** Fall von Lichen planus. (Norsk Magazin for Laegevidensk., Forhandl. pag. 35. 1881)
24. **Kyber.** Eine Untersuchung über das universale diffuse congenitale Keratom der menschlichen Haut. (Wiener med. Jahrb. 1880.)
25. **Campana.** Acidum pyrogallicum gegen Onychogryphosis. (Giorn. ital. delle mal. ven. etc. 1880.)
26. **Thin.** Histologie des Molluscum contagiosum. (Journ. of Anat. and Phys. vol. 16, 1881.)
27. **Prentiss.** Aenderung der Haarfarbe durch Pilocarpin. (Philad. med. Times, XI. Nr. 355, 1881.)

Gowers berichtet (22) nach zwei eigenen und einer fremden Beobachtung, in welchen Syphilis ausgeschlossen ist, dass nach längerer innerlicher Anwendung von Borax (gegen Epilepsie) Psoriasis aufgetreten sei. Die Eruption erfolgte am Stamme und den Extremitäten, am stärksten an den Armen; Beuge- und Streckseiten waren gleichmässig ergriffen. Die Grösse der Flecken variirte bis zur Ausdehnung von $1^1/_2$ Zoll; die Schuppen erschienen nicht so dick wie bei gewöhnlicher Psoriasis. Diese Eruption schwand schnell bei Darreichung von Arsenik. Ein Pat. hatte 2 Jahre lang täglich 3mal anfangs 15 Gran, später 1 Scr. Borax genommen.

In der Sitzung der medizinischen Gesellschaft zu Christiania am 9. Februar 1881 hat Boeck (23) einen sehr charakteristischen Fall von Lichen planus bei einem 33jährigen, kräftigen Manne vorgestellt.



Die Eruption war besonders in den beiden Ellbogenbeugen und rings um den Leib herum reichlich vorhanden. Mehr zerstreute Efflorescenzen fanden sich ausserdem an den Streckseiten der Vorderarme mit dem Handrücken wie auch am Hypogastrium und dem grössten Theil des Rückens vor. In den Ellbogenbeugen waren die Efflorescenzen meistens gleichmässig hirsekorngross, während dagegen am Bauche und Rücken einzelne Efflorescenzen bis zu 2 Linien im Diameter betrugen. Schliesslich konnte man um die Corona glandis herum eine fast zusammenfliessende Eruption von erhabenen, in der Mitte aber vertieften, bläulichrothen, überhäuteten Plaques oder grossen Papeln beobachten. Auch an der inneren Fläche der Vorhaut wurden eine Menge kleinere gruppirte Papeln gesehen. Die unteren Extremitäten waren ganz verschont geblieben. Die Krankheit hatte namentlich im Anfang ein mässiges Jucken veranlasst und bestand jetzt ungefähr ein halbes Jahr. B. hat im Ganzen in Christiania in den letzten 6 Jahren nur 2 Fälle von Lichen ruber gesehen und auch der andere Fall gehörte der planen Form an.

Kyber beschreibt (24) folgenden Fall von Keratose: Ein erstgebornes Kind gesunder Eltern starb 36 Stunden nach der ca. 6 Wochen zu früh erfolgten Geburt. Placenta und Eihäute waren normal, dagegen die Haut des Kindes in einen weisslichen, hornartigen Panzer umgewandelt, an verschiedenen Stellen von röthlichen, weicheren Streifen und Rissen durchzogen. Die anatomische Grundlage dieser intrauterin zu Stande gekommenen Veränderung bestand einerseits in einer enorm gesteigerten Neubildung in der Malpighi'schen Schicht, andererseits in einer der Neubildung parallel gehenden raschen Verhornung der nach oben gerückten Epithelien. Auf diese Weise hatte sich über die ganze Körperoberfläche eine mächtige Hornschicht ganz diffus ausgebreitet. Dabei waren die interpapillären Epithelialfortsätze und Schweissdrüsen vergrössert, die Epithelialzellen der Haarbälge vermehrt und deren innere Wurzelscheiden verhornt, zahlreiche Haare und Talgdrüsen durch Druckatrophie und Verhornung zu Grunde gegangen.

Es handelte sich also um eine homologe Neubildung von Hornhautgewebe, ausgehend von den Bildungszellen der Malpighi'schen Schicht. Diese Entwickelung eines undehnbaren Hornpanzers hatte dann bei normaler Veranlagung der übrigen Körpersysteme eine Reihe von Missbildungen in der äusseren Form zur mechanischen Folge,

Mangel der Lippen, abnorme Entwickelung des Mundes, der Nase, der Ohrmuscheln, der Gehörgänge und der Augenlider, sowie endlich das Zustandekommen von Klumphänden und Klumpfüssen mit Verkleinerung und Verschiebung der Wurzelknochen.

Nach Ansicht Campana's (25) dürfte kaum eine Säure bei Hypertrophie der Epithelien und des Papillarkörpers so wirksam sein als die Pyrogallussäure. Kein anderes Aetzmittel gibt einen trockeneren und besser begrenzten Schorf. Speciell in einem Falle von Onychogryphosis idiopathica, bei dem die verschiedensten therapeutischen Eingriffe ohne jeden Erfolg waren, konnte man bei Anwendung der Pyrogallussäure schon nach wenigen — circa acht — Tagen eine eklatante Besserung constatiren, die bald in vollständige Heilung überging. Schiff.

Thin's neueste Untersuchungen von „Molluscum contagiosum" (26) haben ergeben, dass die Geschwulstbildung von der Entwicklung einer noch unbekannten neuen Substanz in den Oberhautzellen abhängt, welche im Haarbalg zwischen den Wurzelscheiden und dem Haarschaft beginnt, aber bald in den Zellen an der freien Hautoberfläche um die Follikelmündung Platz greift. Gleichzeitig wächst die Epidermis nach abwärts in die Cutis hinein und die neuen Zellenlager werden successiv Sitz der specifischen Veränderung. Die Veränderungen im Bindegewebe der Umgebung sind mässig, können aber nicht blos durch den Druck der Epidermisgeschwulst erklärt werden.

Die neu gebildete Substanz tritt zuerst in den Zellen in Form von Häufchen kleiner Körnchen auf, während der Kern intact bleibt. In den Häufchen tritt Vacuolenbildung auf und endlich Umgestaltung der körnigen Masse in eine gleichförmige Masse, in welcher dann der Kern verschwindet. Ist die Zelle endlich ganz mit der homogenen Masse erfüllt, so ist daraus dasjenige geworden, was man ein „Mulluscum-Körperchen" nennt, wobei die Zellwand ihren epidermidalen Charakter beibehält. Zuletzt kann das Molluscum-Körperchen herausfallen und die Hornschicht-Kapsel, in welcher es gesteckt hatte, zurücklassen.

12 Tage nach dem Beginn einer sehr energisch wirksamen subcutanen Pilocarpinkur bemerkte Prentiss (27), dass das Haar der blonden, blauäugigen 25jährigen Patientin eine dunklere Farbe annehme. Von da an ging die Verfärbung rasch vorwärts. Am 26. Tage waren die Haare bereits dunkelbraun und 4 Monate später — nachdem das



Pilocarpin inzwischen bereits seit 9 Wochen ausgesetzt war — kohlschwarz. Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Bessels) liess eine vollständig normale Beschaffenheit der gedunkelten Haare erkennen. Dieselben unterschieden sich von den helleren lediglich durch ihre Zunahme an Pigment und grössere Dicke. In Uebereinstimmung mit dem Haupthaar waren die Haare am übrigen Körper gleichfalls aber nicht in so hohem Grade dunkler geworden. Auch die Farbe der Augen hatte sich in ein dunkleres Blau umgewandelt (!).

Chorioblastosen.

28. **Rosalia Idelson.** Ueber Lupus der Schleimhäute. (Inaug.-Diss. (Langhans) Bern 1879.)
29. **Baumgarten.** Ueber Lupus und Tuberculose, besonders der Conjunctiva. (Virch. Arch. Bd. 82, 1881.)
30. **Weigert.** Bemerkungen zu obigem Aufsatze. (Ebenda, Bd. 84, 1881.)
31. **Baumgarten.** Erwiderung auf diese Bemerkungen. (Ebenda, derselbe Band.)
32. **Schüller.** Ueber die Stellung des Lupus zur Tuberculose. (Centralbl. f. Chir. Nr. 7. 1881.)
33. **Arnold.** Ueber Tuberculose der Lymphdrüsen. (Virch. Arch. Bd. 87. 1882.)
34. **Schüller.** Histologische Studien über die Mikrococcen des Lupus. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 46. 1881.)
35. **Riehl.** Ueber die Anwendung des Jodoforms bei Lupus vulgaris. (Wr. medic. Wochenschr. 1881. 19. — Centralbl. für Chirurgie 12. 1881.)

Die Resultate der unter Langhans Leitung ausgeführten Untersuchungen von Ros. Idelson (28) über Lupus der Schleimhäute lassen sich am besten mit folgenden Worten der Verfasserin wiedergeben: „Zunächst ergibt sich, dass die epitheliale Schicht bei diesem Process meist unverändert bleibt“ . . . . . „der lupöse Process nistet in dem Gewebe der Schleimhaut.“ „Die Veränderungen, welche in der Submucosa und in der epithelialen Schicht sich finden, haben eine secundäre, accidentelle Bedeutung; sie können vorhanden sein oder nicht“. „Immer findet sich eine Infiltration aus



lymphoiden Elementen in den mehr peripheren Theilen der Erkrankung; beständig treten näher dem Centrum Knötchen auf, die aus lymphoiden, epithelioiden und Riesenzellen bestehen. Beständig liegen die beiden Gebilde in einem bindegewebigen Reticulum; ferner sehen wir die Exulceration meist auftreten in den centralen Theilen der von Lupus ergriffenen Partien; zuletzt noch eine Obliteration der Gefässe." „Möglich ist es, dass das Bindegewebe der Mucosa selbst zur Entstehung der lymphoiden Zellen beiträgt. Es ergibt sich, dass epithelioide und Riesenzellen aus lymphoiden hervorgehen. Ob dieses durch Vergrösserung der einzelnen Zellen oder durch Zusammenfliessen derselben geschieht, ... vermag ich .... nicht zu entscheiden. Nur aber möchte ich hinsichtlich der Riesenzellen hervorheben, dass dieselben nicht etwa aus den Drüsenbläschen hervorgehen ....." „Anatomisch stellt der Lupus dasselbe Bild vor wie der Tuberkel." „... ob es zweckmässig ist, wegen dieser gleichen histologischen Zusammensetzung den Lupus als locale Tuberculose zu bezeichnen, will ich nicht entscheiden."

Baumgarten beschreibt (29) als Hauptmasse der pathologischen Veränderung eines Lupus der Conjunctiva und des Knorpels vom unteren Lide Granulationswucherungen, in denen Langhans'sche Riesenzellen reichlich angetroffen werden; durch das Zusammenfliessen circumscripter tuberkelähnlicher Herde entstehen grössere zusammenhängende Infiltrate. Die Hauptrolle spielen die (perivasculären) Bindegewebswucherungen; die epithelialen und glandulären Proliferationen sind von secundärer Bedeutung. Die „wunderbar fein und regelmässig organisirten, mit allen Eigenschaften lebenden kernhältigen Protoplasmas ausgestatteten" Riesenzellen sind aus Epithelformen nicht hervorgegangen. — Von dem Conjunctivallupus unterscheidet sich die Conjunctivaltuberculose dadurch, dass bei letzterer die miliare Bauform vorherrscht, der „Epithelioidtuberkel" häufig ist, sowie der Ausgang in käsige Zustände, die dem Lupus, der sich wieder durch Narbengewebe auszeichnet, fehlen. Vf. ist bestrebt den Nachweis zu führen, dass die hier dargelegten Unterschiede auch im Allgemeinen als solche zwischen Lupus und Tuberculose gelten können. Dem Lupus kommt ferner die Fähigkeit directer Vereiterung zu; der wahre Tuberkel vereitert nie. — Trotz alledem könnte der Lupus als ein Spross der Tuberculose gelten.



Die Bemerkungen Weigert's (30) und die Erwiderung Baumgarten's (31) beziehen sich auf die Kerne, die in nekrotischem Gewebe noch vor dem Schwinden der Zellcontouren undeutlich werden.

Die Kriterien, welche Baumgarten zur Trennung von Lupus und Tuberculose aufstellt (siehe oben), hält nun Schüller (32) nur für richtig, wenn man nicht die sich entwickelnde, sondern die längere Zeit bestehende Tuberculose, die vollendeten typischen tuberculösen Gewebsveränderungen bei der Vergleichung im Auge hat. An der Synovialis habe Verf. sehr oft Gewebsveränderungen gefunden, welche Punkt für Punkt mit denjenigen übereinstimmen, welche Baumgarten als typisch für den Lupus ansieht. Man trifft hier bei den sogenannten pannösen Processen (nicht in allen Fällen, aber doch oft genug) innerhalb eines stark vascularisirten granulationsartigen Gewebes ganz charakteristische Riesenzellen oft in ausserordentlicher Menge, weiterhin tuberkelartige Bildungen (Epitheloid- und Riesenzellentuberkel) ohne Spur von Verkäsung.

Nach seinem Dafürhalten tritt die Verkäsung, so charakteristisch sie auch für Tuberculose im Allgemeinen ist, als eine spätere secundäre Erscheinung ein. Denn was verkäst, ist das tuberculös entzündete Gewebe, das Erzeugniss und der Boden der tuberculösen Entzündung. Die tuberculöse Entzündung des Gewebes geht aber dem Verkäsungsprocess nothwendigerweise voraus. Es ist dem Vf. wahrscheinlich, dass die Verkäsung der tuberculösen, entzündlichen Gewebsneubildung wesentlich bedingt wird durch die fortdauernde deletäre Einwirkung der tuberculösen Noxe, welche im Entzündungsherde enthalten ist. Wie die tuberculöse Noxe anfänglich die tuberculöse Entzündung veranlasst, so bewirkt sie weiterhin auch die Verkäsung. Aber es ist zu vermuthen, dass hierauf auch die Beschaffenheit des Gewebes, innerhalb dessen die tuberculöse Entzündung Platz greift, von Einfluss ist. Sicher kann das Fehlen von Verkäsungserscheinungen an sich nicht gegen die tuberculöse Natur der lupösen Gewebsveränderungen sprechen. Uebrigens haben Volkmann und Thoma auch beim Lupus Verkäsungsprocesse beobachtet, Fälle, welche allerdings Baumgarten eben deswegen nicht als Lupus, sondern als Hauttuberculose auffassen zu müssen glaubt.

Dass auch der Gefässreichthum, die Anhäufung von Riesenzellen innerhalb eines granulationsartigen Gewebes beim Lupus eben so

wenig berechtigen, diesen von der Tuberculose zu trennen, gehe aus den schon erwähnten Befunden bei beginnender Synovialtuberculose hervor.

Baumgarten berufe sich weiter auf die Impfversuche mit lupösen Gewebsmassen und glaube augenscheinlich in den Misserfolgen Cohnheim's — welcher durch Lupusimpfungen in der vorderen Augenkammer bei Kaninchen keine Iristuberculose erzeugen konnte — eine Stütze für die Richtigkeit der behaupteten Trennung des Lupus von der Tuberculose sehen zu dürfen. Diesen stehen jedoch des Vf. erfolgreiche Impfversuche entgegen. Seien seine gelungenen Lupusimpfungen auch der Zahl nach noch klein, so beweisen sie immerhin hinlänglich klar, dass thatsächlich der Lupus in engem genetischen Zusammenhange mit der Tuberculose stehe. Die vom Vf. zur Impfung gebrauchten Lupusgewebe seien übrigens regelmässig histologisch untersucht worden und ergaben sämmtlich die Charaktere des auch von Baumgarten als echt anerkannten Lupus. Hueter sei es ferner erst kürzlich geglückt, bei einer Impfung von Lupusgewebe in der vorderen Augenkammer eines Kaninchens deutliche Iristuberkel zu erzielen. Allerdings entwickelten sie sich etwas schwach und spät. Im Allgemeinbefinden zeigten sich nur vorübergehende Störungen. Dieselben Beobachtungen von dem relativ späten Auftreten der Tuberkel und von den relativ geringen, oft vorübergehenden, zuweilen fehlenden Allgemeinerscheinungen habe Vf. bei seinen Lupusimpfungen gemacht.

Nach alle dem glaubt Vf., dürfen wir den Lupus sehr wohl als eine Erscheinungsform der Tuberculose ansehen, wie es nach seinen histologischen Untersuchungen schon Friedlaender ausgesprochen hat. Beweisend seien jedoch wesentlich die experimentellen Versuche. Nach denselben ist thatsächlich die bei der Tuberculose wirksame Noxe im Lupusgewebe enthalten. Nur lassen sowohl die bekannten histologischen und klinischen Eigenthümlichkeiten des Lupus, wie die bisherigen Impfergebnisse vermuthen, dass beim Lupus entweder von vorn herein eine schwächere tuberculöse Noxe wirksam ist, als bei anderen tuberculösen Erkrankungen, oder dass die tuberculöse Noxe durch das Gewebe, in welches sie eindringt, durch die Haut und das Unterhautzellgewebe mehr oder weniger abgeschwächt wird und an der Intensität der specifischen Einwirkung verliert. In Folge dessen treten die Verkäsungserscheinungen in geringerer Ausdehnung, seltener auf oder fehlen gänzlich im Lupusge-

webe. Auch die Seltenheit tuberculöser Allgemeinerkrankungen bei Lupösen erkläre sich mit dieser Annahme in sehr einfacher Weise.

Die Frage, ob es auch einen syphilitischen Lupus gibt, wird von den Klinikern wohl allgemein bejaht. Vf. sieht zur Zeit auch keinen Grund, diese Annahme zurückzuweisen. Vf. habe selber, jedoch bislang erst in sehr wenigen Fällen bei hereditärer Lues Lupus beobachtet. Ob aber dieser sogenannte syphilitische Lupus von der Syphilisnoxe abhängig ist, oder ob von einer secundären tuberculösen Hautinfection, dies werde erst durch Impfexperimente entschieden werden können. Da der syphilitische Lupus gewöhnlich erst in den Endstadien hereditärer Lues beobachtet wurde, so sei die Möglichkeit einer secundären tuberculösen Infection sehr wohl zulässig. Doch könne man auch annehmen, dass die Syphilisnoxe unter gewissen Bedingungen denen äusserlich ähnliche lupöse Hautaffectionen zu erzeugen vermag, welche häufiger das Ergebniss der Einwirkung der tuberculösen Noxe sind.

Arnold (**33**) hat den tuberculösen Process als eine in Herdform auftretende entzündliche Neubildung von Granulationsgewebe aufgefasst; an der Neubildung sind die in das interstitielle Gewebe eingefügten drüsigen Gebilde (Leber, Nieren, Hoden) in gleicher Weise wie an dem Rückbildungsvorgange betheiligt, innerhalb der Drüsenkanäle waren sog. Riesenzellen, die denen im Granulationsgewebe nach dem Vf. mehr oder weniger glichen.

Bei den tuberculösen Lymphdrüsen findet A. „Neubildungsvorgänge in den Follikeln und Lymphröhren einerseits und Vermehrung der Zellen innerhalb der sie umscheidenden Räume anderseits“, die nebeneinander bestehen und in einander übergehen. In den Umhüllungen und den Septis sind ähnlich zusammengesetzte Herde. Ob ausser den circumscripten Herden, durch deren Zusammenfliessen ausgedehnte Erkrankungen entstehen, der Process von vorneherein sich auch als ein diffuser darstellt, lässt A. unentschieden. Zwischen der Zellenneubildung ist ein reticulär angeordnetes Bindegewebe; Blutgefässe noch gut nachweisbar. Die sog. epithelioiden Zellen sind als eine weitere Umwandlung dieser neugebildeten Zellen anzusehen, welche Umwandlung vom Centrum gegen die Peripherie fortschreitet und auch zwischen den Herden angetroffen wird; von Gefässen ist dann gewöhnlich nichts mehr wahrzunehmen. Für A. sind

die epithelioiden Zellen die Anfänge einer Degeneration; dass sie an der hyalinen Degeneration theilnehmen, ist nicht ausgemacht; von der fibrösen Umwandlung der Tuberkelknötchen sind dieselben sicher auszuschliessen. Die mehrkernigen epithelioiden Zellen und die sog. Riesenzellen sind wahrscheinlich durch Confluenz entstanden; ob durch Vollpfropfung der Blutgefässe mit farblosen Blutkörperchen, die nachträglich degeneriren, Riesenzellen zu Stande kommen, weiss Vf. nicht; innerhalb der Gallengänge, der Harn- und Hodenkanälchen kommt es wohl auf diese Weise zur Bildung von Riesenzellen; unter allen Umständen aber handelt es sich bei ihnen, gleichviel ob diese Vorgänge sich frei im Gewebe oder innerhalb präexistenter Kanäle vollziehen, ebenfalls um degenerative Processe und ist eine fortschreitende Entwickelung weder bei den epithelioiden noch bei den Riesenzellen anzunehmen. An kleinen Arterien werden Knötchen theils umscheidend, theils seitlich aufsitzend, theils innerhalb der Wände angetroffen. — Bei den scrophulösen Drüsen kommt es frühzeitig zu einer ausgebreiteten Hyperplasie, in welcher herdweises Auftreten der epithelioiden Umwandlung und der Riesenzellenbildung beobachtet wird. Die Verkäsung ist bei Scrophulose ausgedehnter, wie bei Tuberculose.

Die von den meisten Autoren abweichende Auffassung Arnold's ist kurz folgende: der tuberculöse Process ist eine entzündliche Neubildung, an der auch die specifischen Gewebsbestandtheile der Organe participiren; die epithelioiden und mehrkernigen Zellen, sowie die sog. Riesenzellen verdanken ihr Dasein degenerativen Vorgängen; demgemäss kann auch der Tuberkel nicht mit der Entstehung der Riesenzelle beginnen. (E. Lang hat kurz nach dem Erscheinen der Schüppel'schen „Untersuchungen über Lymphdrüsentuberculose“ in einer vorläufigen Mittheilung (diese Vierteljahresschr. 1874) den sog. Riesenzellen im Lupus die Bedeutung von retrograden Vorgängen zugesprochen, ausführlicher noch in seiner Arbeit, „zur Histologie des Lupus“ (diese Vierteljahresschrift und Wien. med. Jahrb. 1875 und 1876), woselbst er die Mitbetheiligung aller in der Haut eingelagerten Gebilde an den Neubildungs- und Rückbildungsvorgängen des Lupus in umständlichster Weise darlegte. Bezüglich der sog. Riesenzellen hat Lang die vollkommene Identität derselben mit den Schüppel'schen ausgesprochen und nur solche Ausnahmen gelten lassen, die „in der von der Structur der Lymphdrüsen verschiedenen Structur der Haut begründet“ sind. Ref.)



Schüller berichtet (**34**) über den ihm gelungenen Nachweis von Mikrococcen bei Lupus. Die frisch exstirpirten Lupusstückchen werden, um jede beiläufige Mikrococcenverunreinigung auszuschliessen, entweder sofort in 2%ige wässerige Carbolsäurelösung oder nach vorheriger Reinigung mit 3%iger Carbollösung in absoluten Alkohol gelegt. Die Carbolsäurepräparate können entweder sofort oder nach beliebig späterer Zeit, wobei nur von Zeit zu Zeit die Carbolsäurelösung controllirt und erneuert werden muss, mit dem Roy'schen Gefriermikrotome in feine Schnitte zerlegt werden. Dasselbe kann mit den Alkoholpräparaten geschehen, wenn sie vorher in wässeriger Carbollösung ausgelaugt werden. Die gefertigten Schnitte werden in Alkohol geworfen, dann am besten nach Weigert's Methode in 1%iger wässeriger Gentianaviolettlösung gefärbt und nach zweckmässiger Entfärbung in Nelkenöl (oder in Glycerin) gelegt. In gleicher Weise können auch in Müller'scher Flüssigkeit aufgehobene Präparate behandelt werden. Für die Untersuchung eignen sich nur die feinsten sorgfältigst gefärbten Schnitte.

Zur Orientirung über die Mikrococcen muss man besonders die kleineren und kleinsten Lupusknötchen aufsuchen, welche neben und unter dem Hauptknoten in dem umgebenden subcutanen Bindegewebe verstreut liegen. Betrachtet man diese kleinen Gruppen von Rundzellen und einzelnen blassen epithelioiden Zellen (Zellen von dem Aussehen plattgedrückter Bläschen oder Scheiben mit grossem runden oder ovalen Kern) mit stärkeren Vergrösserungen, so sieht man regelmässig Mikrococcen in Form runder Körnchen zwischen den Zellen und um die Zellengruppe herum liegen. Von einigen Punkten der Peripherie dieser kleinsten Lupusherde dringen gewöhnlich kurze Körnchenreihen in das benachbarte lockermaschige Bindegewebe, setzen sich auch zuweilen fort bis zur nächsten Zellengruppe. Die Mikrococcen liegen überall relativ locker neben einander. Sie lassen sich selbst an den weit ab von dem Hauptherde liegenden kleinsten Knötchen erkennen. In vielen Präparaten fand Vf. sie vorwiegend um einzelne grosskernige (epithelioide) Zellen gruppirt, welche isolirt in der Umgebung der kleinere Lupusknötchen verstreut lagen. Jede dieser Zellen bildete das Centrum eines kleinen Haufens von Mikrococcen, welche von da aus mit meist kurzen losen Reihen radienartig nach verschiedenen Richtungen in das hellglänzende Bindegewebe dringen.

Innerhalb der grösseren, vollkommen ausgebildeten Lupusknöt-



chen sind Mikrococcen viel schwerer zu erkennen, was begreiflich ist, da hier die Zellen sehr dicht auf- und aneinander gehäuft sind. An sehr dünnen Schnitten konnte Vf. jedoch auch hier locker verstreute Mikrococcen zwischen den Zellen, auch zwischen Riesenzellen erkennen. Grössere zusammenhängende Mikrococcenherde fand Vf. nur in einem Falle von Lippenlupus an im Centrum zerfallenen Knötchen. Regelmässig sind aber Mikrococcen sehr leicht an der Stelle der Umrandung der grösseren Lupusknötchen zu erkennen, an welcher einzelne Zellenmassen in Form von länglichen Zügen wie Wurzeln in das umgebende Bindegewebe reichen. Ferner vermisste Vf. fast niemals Mikrococcen an den innerhalb des Lupusbezirkes liegenden hyperplastischen Talgdrüsen und zwischen den dieselben umgebenden Zellenanhäufungen, desgleichen zuweilen in den Haarscheiden und in der Umgebung der Schweissdrüsenknäuel. Auch innerhalb der mit Rundzellen und epithelioiden Zellen umgebenen Wandungen kleinerer Gefässe konnte Verf. mitunter klar Mikrococcen sehen. Die Mikrococcen beim Lupus finden sich an den bezeichneten Stellen um so reichlicher und deutlicher, je frischer die Lupusbildung und je weicher das darunter liegende Gewebe ist.

Riehl empfiehlt (35) nach Versuchen an 20 Lupuskranken der Wiener derm. Klinik das Jodoform als ein äusserst wirksames Mittel zu ausgebreiteter Anwendung. Das anfangs versuchte Bestreuen überhäuteter Lupuspartien blieb erfolglos, ebenso Bestreichen mit Jodoform-Collodium oder mit in Glycerin suspendirtem Jodoform. Dagegen sistirte es sofort die Eiterbildung ulcerirender Knoten und veranlasste Schwund des Infiltrates. Bei tiefer liegenden Knoten macerirt R. die Epidermis, indem er sie bis 2 Minuten lang mit Sol. Kal. caust. (5,0 : 10,0) betupft. Ist die Oberhaut gequollen, abgehoben, so wird mit feuchtem Charpiebausch das überflüssige caustische Kali abgewaschen, die Stelle getrocknet und mehrere Millimeter dick Jodoform aufgestreut. Mit Heftpflaster befestigte Watte deckt die Partie. Der Verband bleibt 5—8 Tage liegen. Bei der Entfernung findet man keine Eiterung, die Stelle eingesunken, überhäutet, Röthung und Schwellung bedeutend geschwunden. Bei intensiveren Fällen wurde dasselbe Verfahren mehrmals wiederholt. Das Jodoform verursacht keinen Schmerz, wohl aber das Kali causticum. (Dürfte man nicht die Erfolge in Riehl's Fällen mehr auf Rechnung der Aetzung mit Kali als des Jodoform setzen? A.)



36. **Neisser**. Weitere Beiträge zur Aetiologie der Lepra. (Virchow's Archiv Band 84. Hft. 3. 1881. — Centralbl. f. Chir. Nr. 31. 1881.)

37. **Cornil und Suchard**. Note über den Sitz der Parasiten des Aussatzes. (Soc. méd. des Hôp. — Journ. de Derm. pag. 654, 1881.)

38. **Bomford**. Nervendehnung bei anästhetischer Lepra. (Lancet 1881, Febr. 26. — Ctlbl. Nr. 34, 1881.)

39. **Piffard**. Hoang-Nan gegen Aussatz (New-York med. Record. 25. Juni 1881).

40. **Brigidi und Marcacci**. Ueber Haut-Myome. (L'Imparziale Nr. 18 und 19, 1881.)

41. **Neelsen**. Ein Fall von Elephantiasis congenita mollis. (Berliner klinische Wochenschrift Nr. 3, 1882.)

42. **Gosselin**. Lipome der Zunge. (Paris médical 1881. Nr. 20. — Centralbl. f. Chir. Nr. 29, 1881.)

Die schon früher hauptsächlich von Hansen (siehe diese Vierteljahresschr. 1880, p. 133) und von Neisser selbst (s. ebenda) in leprösen Neubildungen beobachteten eigenthümlichen Bacterien bilden nach N.'s neueren Untersuchungen (**36**), welche er im Herbst und Winter 1880—1881 in Granada anstellte, einen constanten Befund bei der Lepra. Die Bacillen finden sich in den Neubildungen der Haut, sowohl in den umschriebenen Knotenbildungen, wie in den mehr diffusen Infiltrationen, liegen fast immer im Innern der grossen von Virchow beschriebenen Leprazellen und füllen entweder das ganze Protoplasma derselben gleichmässig aus, oder — öfter — es finden sich mehrere kleine Häufchen von 6—7 longitudinal aneinander gestellten Stäbchen. Bisweilen liegen auch 2—3 hinter einander, so dass ein langer Faden vorhanden zu sein scheint, oder die Bacillen schieben sich in allen Richtungen zu einem compacten Haufen über einander. Im letzteren Falle findet man neben schlanken glatten Bacillen immer reichlich kürzere Stäbchen und kleine körnige Partikel. Die Geschwulstzellen übertreffen überall an Grösse die weissen Blutkörperchen. Allmählich vergrössern sich die Zellen, enthalten auch mehrere Kerne, ohne je zu echten epithelioiden oder Riesenzellen zu werden. Das Protoplasma bleibt immer trüber als bei diesen Formen.

Die Bacillen vermehren sich im Bereich einer Zelle so lange, als der Raum und die Ernährungsbedingungen derselben es gestatten. Dann beginnt der Zerfall in körnigen Detritus. Die protoplasmatische Grundlage der Zellen erhält sich ungemein lange, während die Bacilleninfiltration zu Grunde geht.

Der Befund freier Bacillen zwischen den Zellen ist ein sehr beschränkter. In den Blutgefässen konnte Verf. nie Bacillen nachweisen, doch richtet sich die ganze Anordnung der Infiltration nach dem Gerüst der aufsteigenden Blut- und Lymphgefässe. Schweiss- und Talgdrüsen sind primär nicht betheiligt.

Analoge Verhältnisse zeigen die Schleimhauterkrankungen des Mundes, Gaumens und Kehlkopfes; desgleichen der Epiglottis- und Schildknorpel, Cornea, Hoden, Nebenhoden, Leber, Milz, Lymphdrüsen. An einem frisch erkrankten peripheren Nerven einer an intercurrenter Krankheit gestorbenen Leprösen liess sich die Identität des interstitiellen Processes mit der leprösen Neubildung in der Haut feststellen und die Bacillen in den zwischen die Nervenfasern und -Bündel eindringenden grossen Zellen constatiren.

Diese Mikroorganismen, welche bei Färbung mit Gentiana oder Methylviolett, Fuchsin oder der Ehrlich'schen Eosin-Hämatoxylin-Mischung am klarsten hervortreten, sind feine schlanke Stäbchen, hin und wieder leicht an beiden Enden verjüngt, von der Länge $^1/_2$—$^3/_4$ menschlicher rother Blutkörperchen. Die Breite beträgt $^1/_4$ oder weniger der Länge. Ausser den glatten Bacillen finden sich folgende Einzelzustände dieser Organismen: 1. Stäbchen mit einer kugeligen Anschwellung an einem oder beiden Enden oder in der Mitte. 2. Stäbchen mit 1, 2 oder 3 hellen (ungefärbten) Lücken; 3. ein dritter Wachsthumsvorgang, der sowohl in Culturen, wie in den in die Bauchhöhle lebender Thiere eingeführten Tuberkeln zur Beobachtung gelangt, ist das Auswachsen der Bacillen zu Fäden, welche etwa 4mal so lang als ein gewöhnliches Stäbchen sind.

Für die Ansicht, dass die Bacillen und Sporen die Ursache der leprösen Neubildungen sind, spricht 1. die absolute Constanz des Bacillenbefundes in allen fraglichen Produkten. Doch bestand in seltenen Fällen zwischen der Anzahl der Bacillen im Verhältniss zur Zelleninfiltrationsmasse ein Missverhältniss zu Ungunsten der ersteren. 2. Der Umstand, dass mit der Anwesenheit des Bacillus Leprae der typische Entwickelungsgang einer Wanderzelle zur Binde-



gewebszelle diejenige Alteration erfährt, deren Resultat Virchow als „Leprazelle“ bezeichnete. Die Impfversuche mit leprösem Material, welche Vf. anstellte, sind übrigens beim Kaninchen ziemlich negativ ausgefallen, während sie beim Hund eine beschränkte Fortpflanzungsmöglichkeit ergaben.

Was den Weg betrifft, auf dem die Bacillen im Körper sich verbreiten, so fand Vf. im Blut unter gewöhnlichen Umständen keine Bacillen und Sporen; es ist daher zu vermuthen, dass dieser Transport hauptsächlich durch das Lymphgefässsystem vor sich geht. Hierfür spricht besonders die Anordnung um die Gefässadventitien, welche ja Lymphräume enthalten; ferner die ungemeine Anschwellung der stark bacillenhaltigen Lymphdrüsen und ihre grosse Schmerzhaftigkeit bei allen erysipelatösen Affectionen, welche die leprösen Eruptionen begleiten.

Zum Schluss stellt N. folgende Sätze auf, die er jedoch von vorne herein als hypothetisch bezeichnet: 1. die Lepra ist eine echte Bacterienkrankheit, hervorgerufen durch eine specifische Bacillenform. 2. Diese Bacillen treten als solche oder wahrscheinlicher als Sporen in den Organismus ein und verharren in einer, je nach Umständen verschieden langen Incubation in Depositorien, vielleicht den Lymphdrüsen. 3. Von diesen Depositorien kommt es dann zu Invasionen in den Körper, und zwar hauptsächlich in die Haut und die peripherischen Nerven. Die übrigen Organe (Hoden, Milz, Cornea, Knorpel, Leber) sind minder betheiligt. 4. Durch die Bacillen resp. Sporen kommt es nun zu Entzündungen in blutgefässhaltigen Organen, oder zu Einwanderung, wo Blutgefässe fehlen, von der Peripherie her. Diese Lymphzellen (und fixen Zellen?) bilden aber dann das Material für die lepröse Neubildung. Durch die specifische Wirkung der Bacillen wird die Wanderzelle zur Leprazelle, charakterisirt durch Eigenartigkeit der Form, des Verlaufes und des Unterganges. 5. Wahrscheinlich ist die Lepra eine Infectionskrankheit, und in ihren specifischen Produkten, Tuberkelzellen, Gewebssaft und Eiter mit lebensfähigen Bacillen oder Sporen, contagiös. Doch ist mehr als bei anderen Bacterienkrankheiten die Empfänglichkeit des zu inficirenden Individuums von Einfluss. 6. Durch Vererbung ist die Lepra nicht übertragbar.

Cornil und Suchard (37) haben ebenfalls Hautstücke mit Lepraknoten untersucht und gefunden, dass diese Knoten, ein



festes, dichtes, filzartiges Gewebe darstellend, durch Zellen gebildet werden, welche, mit Bacterien gefüllt, zwischen den Bindegewebsfasern liegen, und dass die Epidermis frei von Parasiten, aber verdünnt erscheint. Auf diese Weise erklärten sich die Verfasser durch den tiefen Sitz des Parasiten und das Freisein der, wenn auch verdünnten Epidermis die Schwierigkeit der Contagion.

Bomford schildert (38) folgenden Fall, welcher sich an einen früher von Laverié publicirten ähnlichen anschliesst: Ein 40jähriger lepröser Strassenarbeiter unterzog sich der Nervendehnung wegen hochgradiger Muskelatrophie und Anästhesie in beiden Ulnargebieten. Der rechte Ulnaris wurde blosgelegt und hatte bis auf die Verdickung ein normales Aussehen. Er wurde gestreckt und der Länge nach incidirt, dann die Wunde antiseptisch vernäht. Der linke Ulnarnerv glich kaum noch einem Nerven; er war fingerstark verdickt bis auf eine dünne Partie dicht über dem Condylus knotig aufgetrieben und so fest mit der Umgebung verwachsen, dass man kaum den Finger unter ihm durchführen konnte. Beim ersten Versuch der Dehnung riss der Nerv an der dünnen Stelle durch und wurde nach möglichster Loslösung aus seinen Adhärenzen mit dicken Catgutligaturen wieder vereinigt. Das Resultat der Operation war ein sehr günstiges. In der rechten Hand war durch die Operation die Sensibilität augenscheinlich gänzlich wiederhergestellt worden und die Muskelkräfte kehrten so rasch zurück, dass, bevor der Patient das Hospital verliess, sein Händedruck so kräftig wie der anderer Leute war. In der linken Hand begann sich die Sensibilität zwei Tage nach der Operation wieder einzustellen und von da ab täglich in deutlicher Weise zu wachsen. Bei der Entlassung, vierzehn Tage nach der Operation, war die linke Hand noch schwach, aber die Sensibilität mit Ausnahme der Spitze des kleinen Fingers wieder vorhanden. Nach Bericht ist der Mann seitdem wieder in Arbeit und befand sich nach vier Monaten noch vollkommen wohl.

Piffard berichtet (39) einen Fall von entschiedener Besserung eines Leprösen durch Hoang-Nan. (Näheres ist uns über diese Drogue bisher nicht bekannt, als dass sie von Strychnos Gautheriana [Fam. Loganiaceen] stammt und in Anam und Tonquin als Wundermittel gegen Schlangenbiss und Aussatz gilt. Ein Bericht über deren



günstige Wirkung bei Lepra ist übrigens von dem Dominikaner F. Etienne aus der Leproserie von Trinidad ebenfalls vor Kurzem veröffentlicht worden. Zu haben ist die Drogue bei Parkes Davis & Comp. in Detroit, Michigan. A.)

Der Sitz grosser Hautmyome ist nach Brigidi und Marcacci (40) meist an der Brustwarze oder an den äusseren Genitalien (Scrotum und Labia maj.), wo normalerweise glatte Muskeln vorkommen. Die Grösse variirt zwischen Muskatnuss und Apfel; die Oberfläche erscheint bald runzelig, bald glatt, oft braun; einzelne sind contractil. Die kleineren Dermatomyome (nach Besnier s. diese Vierteljschr. 1880, pag. 369, — von den Verf. „eruptive [? A.] Leiomyome“ genannt) stellen zahlreich auftretende, erst fleckige, später hirsekorn- bis erbsengrosse Knötchen bildende, langsam sich entwickelnde Bildungen dar, die ihrer Multiplicität wegen kein Gegenstand für chirurgische Behandlung sind. Die anatomische Untersuchung eines auf Michelacci's Klinik beobachteten Falles ergab einen ähnlichen Befund, wie jener von Balzer in Besnier's Falle.

Neelsen hatte Gelegenheit, (41) die anatomische Untersuchung eines ausgezeichneten Falles von angeborener, allgemeiner Elephantiasis vorzunehmen. Nach der ihm zugesandten Anamnese stammte der etwa 6 Monate alte, 27 Ctm. lange Fötus von einer Mutter, deren 8 lebende Kinder alle an verschiedenen Formen der Scrophulose (scrophulösen Ophthalmien, Ekzemen, Otorrhöe etc.) litten. Die Frau selbst litt seit früher Jugend an scrophulösen Ekzemen und wurde immer noch von scrophulösen Augenentzündungen befallen. Einige Wochen vor der Geburt war sie mit sehr starkem Oedem der unteren Extremitäten unter urämischen Erscheinungen erkrankt, der Urin war stark eiweisshältig ohne Cylinder. Die urämischen Symptome waren durch ein mildes diuretisches Regime etwas gemildert, als die präcipitirte Geburt des schon vorher abgestorbenen Kindes eintrat. — Die Frucht erinnert, wie auch die Abbildung zeigt, in ihrer Form an die bekannten Pflaumenmännchen der Weihnachtsmärkte. An dem dicken, ungegliederten Rumpfe, welcher ungefähr einem grossen Apfel ähnelt, sitzen, eigenthümlich schief eingesenkt, die kurzen Extremitäten, deren jede aus 3 rundlichen pflaumen- bis kirschengrossen Abschnitten besteht. Das Ganze krönt der halslose, ungestalte Kopf mit wulstig vorragender Stirn und ebensolchen Backen, zwischen welchen Augen

und Nase in der Tiefe verschwinden. Nach hinten hängt vom Scheitel her ein chignonartiger Wulst bis tief auf den Nacken herab. Die Consistenz war am frischen Präparat fluctuirend weich. Die Haut ist an den meisten Stellen der Epidermis beraubt; nur in der Tiefe der Falten, die sich zwischen den blasig vorgetriebenen Hautpartien befinden, sind noch Reste der Epidermis vorhanden. Die Falten sind durch die Anheftung der subcutanen Fascien an die tieferen Theile hergestellt; sie verlaufen demnach quer an der Grenze der Gelenke entsprechend den Ringsfasermassen der hier liegenden Bänder u. s. w. Während der grösste Theil der Körperoberfläche in eine weiche, schwammige Masse umgewandelt ist, finden sich die Endglieder der Finger und Zehen, die Innenfläche der Hände, die Fusssohlen vollkommen unverändert, von normaler dünner Haut überkleidet.

Abweichend von zwei früher beschriebenen Fällen allgemeiner, angeborener Elephantiasis findet sich das Skelett nur an Rumpf und Extremitäten, wie bei jenen normal. Am Schädel zeigt sich, entsprechend der Basis des in den Nacken hängenden, hügelartigen Wulstes eine Osteophytwucherung, wie eine convexe Muschel der Hinterhauptschuppe auflagernd; sie bildet einen Theil der Wandung eines in das schwammähnliche Gewebe eingelagerten cystischen Hohlraumes von Haselnussgrösse. Die Eingeweide erwiesen sich bis auf die auffallend grosse, normal geformte Leber gesund; der Lymphgefässstamm war nicht zu finden.

Die mikroskopische Untersuchung zunächst der Haut zeigte, abgesehen von dem durch intrauterine Maceration erfolgten Epithelverlust, auch auf der Höhe der Wülste keine hochgradigen Veränderungen. Aber die Gefässe waren sämmtlich weit und enthielten neben den rothen auffallend zahlreiche weisse Blutkörperchen. Ebenso waren die Lymphgefässe der Cutis erweitert, ganz besonders das horizontale Lymphgefässnetz zwischen Cutis und subcutanem Bindegewebe. Dieses zeigt sich auf Längs- wie auf Querschnitten als ein System varicös ausgebuchteter, vielfach communicirender Hohlräume, deren Lumina den Querschnitt der benachbarten Gefässe um das 6—8fache übertreffen. An vielen Stellen bilden diese Lymphgefässe geradezu runde oder unregelmässig geformte Cystenräume, welche schon für das blosse Auge deutlich erkennbar sind, und der Schnittfläche das schwammähnliche Aussehen geben. Diese Ektasie der Lymphgefässe findet sich auch in dem subcutanen und intervasculären Zellgewebe. In den



blasig vorgetriebenen Theilen ist von Fettzellen keine Spur mehr zu finden, von Musculatur nur noch einzelne atrophische Bündelchen, weit auseinandergedrängt durch ein ungemein weitmaschiges Bindegewebsnetz mit zahlreichen, zum Theil mit geronnenem Blute gefüllten Lücken. Myxomartiges Gewebe nirgends.

Die Untersuchung der anderen Organe ergibt als auffällig nur an der Leber eine abnorme Anhäufung von Rundzellen im interacinösen Gewebe, zumal in der Nähe der Pfortaderzweige ähnlich der Lymphanbildung des extrauterinen Lebens.

Verfasser hält die von ihm untersuchte Missbildung nicht für eine Neubildung, für eine Geschwulst im engeren Sinne. Er theilt Virchow's Ansicht nicht, der das Wesen des Processes als eine wirkliche Wucherung des subcutanen Gewebes aufgefasst und ihn in eine Reihe mit der Polysarcie gestellt hat. Er sieht in seinem Falle nur ödematös geschwollenes Gewebe, bei dem man schrittweise verfolgen konnte, wie mit der Zunahme des Oedems die Fettträubchen, die Muskelbündel atrophisch wurden, verschwanden. Die Wucherungsvorgänge am Schädel, die Vermehrung der Wandungsepithelien in den varicös erweiterten Lymphgefässen seien secundärer Natur; das wesentliche pathologische Moment liege in der Stauung der Lymphe und des Plasma, in dem chronischen Oedem. Ein Circulationshinderniss sei in dem lymphatischen System nicht gefunden, freilich der Ductus thoracicus der Untersuchung nicht zugänglich gewesen. Aber da selbst Ligatur desselben niemals Oedeme hervorrufe bei normaler Circulation und Beschaffenheit des Blutes, so sei nach Seiten dieser beiden Factoren nachzuforschen. Nun sei der gesammte Circulationsapparat des Fötus normal gewesen. Aber die Mutter war Wochen lang vor der Geburt hydrämisch, und es bedurfte nur noch der Aufklärung, wie Hydrämie des Kindes sich gerade nur in partiellem Oedem der Haut bei fehlendem Ascites und Hydrothorax habe aussprechen können. Verfasser findet die Erklärung in der Lehre Cohnheims: dass die Hydrämie nur in den Organen und Geweben Oedem erzeuge, deren Gewebe sich in einem Zustand abnormer Durchlässigkeit befinden, wie er namentlich in den ersten Stadien entzündlicher Reizung bestehe. Dass ein solcher Zustand bei dem Fötus bestanden habe, beweise die entzündliche Wucherung des Knochens in der Nachbarschaft, der am stärksten veränderten Partie, sowie die Dilatation der Capillaren, die Anhäufung



der weissen Blutkörperchen in den betreffenden Geweben selbst. Die Ursache der entzündlichen Reizung sieht Verf. in der ausgesprochenen Scrophulose der Mutter, die sich auf alle Kinder vererbt und durch das Auftreten von Dermatiten u. s. w. offenbart habe. Caspary.

Ein an der Zunge seltenes Lipom wurde von Gosselin (42) bei einem 48jähr. Manne beobachtet. Das Wachsthum war ein sehr langsames, da Pat. bereits vor 25 Jahren die ersten Spuren in Form eines Knötchens constatiren konnte. Zur Zeit der Operation war die Geschwulst bis zu Nussgrösse gediehen, gestielt und an ihrer Basis so gut abgrenzbar, dass sie offenbar nicht zwischen die Muskeln der Zunge hineinreichte. Nach Abbindung des Stieles mittelst elastischer Ligaturen wurde das Gewächs einfach abgetragen. Heilung erfolgte prompt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines Lipoms.

Dermatomykosen.

43. **Bulkley.** Neue Depilationsmethode bei Favus. (Arch. of Derm. April 1881.)

44. **Thin.** Ueber Trichophyton tonsurans. (Proceedings of the Royal Soc. Nr. 217, 1881.)

45. **Behrend.** Ueber Pityriasis rosea (Gibert), maculata et circinata (Bazin). (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38, 1881.)

46. **Vidal.** Derselbe Gegenstand. (Ann. de Derm. Nr. 1, 1882.)

47. **Hebra.** Ueber eine eigenthümliche bisher noch nicht beschriebene Dermatomykose. (Wiener Medic. Blätter 39 und 40, 1881.)

48. **Riegel.** Ueber Impetigo contagiosa. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 13, 1881.)

49. **Thin.** Bacterium decalvans, ein organisches Gebilde, welches mit der Zerstörung der Haare bei Alopecia areata in Zusammenhang steht. (Proceed. of the Roy. Soc., Nr. 217. 1881.)

50. **Walter G. Smith.** Zwei Fälle von Fragilitas crinium. (E. Wilson.) (Arch. of Derm. April 1881.)



Um bei der Epilation favöser Köpfe Zeit zu sparen, versuchte Bulkley (43) eine Klebemasse herzustellen, welche leicht schmilzt, rasch abkühlt und bei der Körpertemperatur ganz hart ist. Mit dem Apotheker Haas zusammen gelang es ihm, eine solche herzustellen:

Rp.		
	Cerae flavae	12,0
	Laccae in tabulis	16,0
	Resinae	24,0
	Picis burgundicae	40,0
	Gummi Dammar	45,0
	M.	

Aus dieser Masse lässt B. Stifte formen von $^1/_4$—$^3/_4$′ Durchmesser. Die breiten Stifte werden zur raschen Epilation grosser Strecken, die schmalen für einzelne kleine Stellen verwandt. Um sie anzuwenden, schneidet man das Haar zuerst kurz (ca. $^1/_8$′), erwärmt das Ende eines Stiftes in einer Spiritusflamme und drückt ihn leicht drehend fest auf das Haar, lässt ihn angedrückt erkalten und zieht ihn dann mit leichter Drehung und Abbiegung fort, wobei die Haare successive ausgezogen werden. Durch Abbrennen des Stiftes in der Flamme und Abwischen des Endes auf Papier ist derselbe für einen neuen Zug vorbereitet.

(Diese Methode ist nicht neu. Ref. sah sie zuerst vor mehr als 2 Jahren bei einer Patientin, virgo barbata, welche sich auf die Empfehlung eines deutschen Unterhaltungsblattes hin ganz ähnliche Stifte aus Paris hatte kommen lassen. Wir müssen daher wohl bis auf weiteres den Franzosen diese Priorität lassen. Ich habe in der Folge Herrn Apotheker Mielck aufgefordert, diese französischen Stifte, deren Wirksamkeit ich in Fällen von übermässigem Haarwuchs erprobt, nachzumachen und wir sind nach mehreren Versuchen bei folgender Formel stehen geblieben: Rp. Colophonii

Dammar
Elemi
Cerae flavae āā 20,0
Balsam. peruviani
Benzoës āā 2,0
M., liquefac, cola.

Da ich dieselben nicht blos zur rascheren Epilation am Kopfe, sondern ganz besonders auch bei spärlicher behaarten Körperstellen [Hals, Arme] gebrauche, so ist es sehr nothwendig, dass der Lackstift wohl



an den Haaren, aber nicht an der Epidermis hafte und in dieser Beziehung lieferte mir die Bulkley'sche Formel nicht die gewohnten guten Resultate. Ich epilire andererseits stets mit einem Rucke, was, wenn es genau in der Richtung der Haare geschieht, dem Patienten genau ebensoviel Schmerz verursacht, wie die Extraction eines einzelnen Haares, obwohl man unter Umständen 50, ja 100 Haare mit einem Rucke entfernt. Das allmälige Abziehen des Stiftes halte ich für schmerzhafter. Ganz besonderen Nutzen leisten mir diese Stifte bei der Diagnose, da man in zweifelhaften Fällen von einem kleinen Bezirke viele Dutzend Haare nach dem Ausziehen betreffs ihrer Wurzel mit einem Blicke übersehen kann, wodurch Einem krankhafte einzelne Haare viel weniger leicht entgehen. Endlich übertrifft der „Epilationsstift", diese Pechkappe im Kleinen, die Pincette bei feinen Lanugohärchen an Sicherheit.) Unna.

Thin hat in letzter Zeit (44) den Versuch gemacht, die Züchtungsversuche des Pilzes der Mykosis circinata (Ringworm) wieder aufzunehmen und glaubt nun in der That zu positiven Resultaten gekommen zu sein. Er züchtete Trichophyton in Zellen und Probirgläschen bei einer Temp. von 92—98° F., es blieb in Lösungen von Phosphas. Sodae und Tartr. Ammon.; in Cohn's Fluidum (Sulph. Magnes. 1 Grm.; Kali. nitr. 1 Grm.; Phosph. Calc. 0,2 Gr., Aq. 500 Cubikc.) in Milch-, Rüben- und Möhren-Aufgüssen, Salzlösungen (0,75%), Eiweiss, Eiweiss-Pottasche, Glaskörper-Pottasche unfruchtbar. Es proliferirte ausschliesslich nur, wenn das Haar mit Glaskörper befeuchtet, aber wieder nicht, wenn es damit getränkt wurde. Dabei wuchsen die in den seitlichen Zellen gelegenen Sporen zu Mycelfäden aus und es trat freies Fortwachsen auf, wenn die Haare auf der Oberfläche der Flüssigkeit im Probirgläschen frei schwammen, nicht aber, wenn sie am Boden des Probirgläschens befindlich waren. Aus dem neugebildeten Mycelium entwickelten sich wieder Sporen fort. Dieselben waren von Aspergillus, Penicillium glaucum u. dgl. wohl zu unterscheiden, blieben auch steril in Verhältnissen, wo jene gleichzeitig lebhaft wucherten. Die Entwicklung erfolgte nicht, wenn die Haare wochenlang in Papier aufbewahrt waren und versagte auch öfter bei Benützung von in Behandlung stehenden Kranken.

Behrend beschreibt (45) fünf Fälle der sog. Pityriasis maculata et circinata, welche sich durch stecknadelkopf- bis bohnen-



grosse rosenrothe Flecke auszeichnet, die etwas hervorragen und abschilfern. Es sind diese Fälle vollkommen den von Duhring 1880 (s. diese Vierteljschr. 1880, pag. 581) geschilderten analog und auch Behrend fand bei ihnen gleich wie Duhring keinen Pilz. Hierauf basirt der Verf. seine Annahme, dass die in Rede stehende Krankheit — wenn auch vielfach an parasitäre Erkrankungen erinnernd, — doch von dem Herpes tonsurans maculosus Hebra wesentlich unterschieden sei. Der Verf. schlägt sogar einen neuen Namen „Roseola furfuracea herpetiformis“ für diese Erkrankung vor.

Schliesslich theilt jedoch Verf. mit, dass Metton (Etude sur le Pityriasis rose, Thèse de Paris 1878) eine grosse Quantität kleiner Sporen jedoch ohne Mycelium in den Epidermisschüppchen eines Falles gefunden habe, (nach Vidal wären dies blos Sporen gewesen von Torula communis, welche allenthalben bei Abschuppungen zu finden sind) dass aber seither auch Besnier sowohl Sporen als auch ein spärliches Mycelium gefunden habe.

(Ueber denselben Gegenstand hat im J. 1867 Horand einen Aufsatz: „Note pour servir à l'histoire du Pityriasis circiné“, [s. dieses Archiv 1876, pag. 442] veröffentlicht, worin er angibt, dass er bei der von Hardy beschriebenen „Pityriasis circiné“ ebenfalls keine Pilze entdecken konnte. Einen wesentlichen Unterschied macht jedoch Horand hier zwischen dem, was er mit Hardy als „Pityriasis circiné“ bezeichnet und der von Bazin als arthritisches Pseudo-Exanthem beschriebenen, nur im Frühjahr vorkommenden „Pityriasis circinata“. Was Gibert 1860 als Pityriasis rosea beschrieben hat, ist nun auch nichts Anderes als diese Pityriasis Bazins, d. h. eigentlich ein Eczema oder Erythema vernale. Um die über diesen Punkt herrschende Confusion nicht zu vergrössern, wären daher zunächst die Bazin-Gibert'schen Schilderungen aus dem Spiele zu lassen und das Hauptaugenmerk auf die „Pityriasis circiné“ von Hardy und Horand zu richten gewesen. A.)

Vor Kurzem hat E. Vidal (46), der schon 1879 in der biologischen Gesellschaft zu Paris eine hieher gehörige Pilzerkrankung gezeigt hatte, gleichfalls einen Aufsatz veröffentlicht unter dem Titel: „Du Pityriasis circiné et marginé“, die Ausführung seines Vortrages über denselben Gegenstand, welchen er in dem diesjährigen internationalen



Congress in London gehalten hatte (s. diese Vierteljahresschr. 1881, pag. 651).

Der Verf. unterscheidet zunächst die in Rede stehende Hautkrankheit vom „Erythrasma" Baerensprung's, welches der Letztere im X. Bande der Charité-Annalen im Jahre 1862 flüchtig charakterisirt und auf die Angabe einer von Burchard dabei aufgefundenen Art von kleinen Sporen hin, die er „Mikrosporon minutissimum" nennt, als Mykose selbstständiger Art hingestellt hat. (Ref. hat schon in seinem „System" darauf hingewiesen, dass Baerensprung wohl nur die von Pick später ausdrücklich erwähnte erythematöse Form des Eczema marginatum gemeint hat, deren Pilz eben der Pilz des Herpes tonsurans ist und keinen eigenen Namen verdient. Eben so wenig verdient wohl auch der von Vidal beschriebene Pilz der „Pityriasis circinata et marginata", welchen Verf. wunderlicher Weise als Mikrosporon anomoeon oder dispar bezeichnet, diese oder überhaupt eine Bezeichnung.) Die Kleinheit der Sporen (2 Mm. im Durchschnitt), deren Unregelmässigkeit; die Anordnung rings um eine Epithelialzelle, die Seltenheit der Sporenketten, das Fehlen eines Myceliums sind die Merkmale, durch welche der Verf. dieses „Microsporon anomaeon" von jenem des Erythrasma unterscheiden will, während man bei der Pityriasis rosea Gibert's gar nur Torula communis finde, d. h. Sporen, die bei jeder Abschuppung vorkommen. (Alles dieses scheint jedoch, wie Ref. glaubt, nicht so sehr für die Selbstständigkeit seiner Pilzform als gegen die Deutung des Befundes als Dermatomykose überhaupt zu sprechen. A.)

Verf. schildert nun die klinischen Symptome der Erkrankung, welche von jenen der Mykosis tonsurans maculosa nicht unterschieden sind und hebt hervor, dass das Mikrosp. anomoeon, der Pilz dieser Krankheit, ein Eczema marginatum eben so gut erzeugen könne, als das Mikrosporon furfur, das oben erwähnte Mikrosp. minutissimum Burchardt's und das Trichophyton tonsurans.

Aber auch alle anderen klinischen Merkmale, welche der Verf. zur Unterscheidung der Pit. circ. von Pit. versicolor, von Erythrasma, von Herpes tonsurans angibt, erweisen sich bei näherer Betrachtung nach der Meinung des Ref., die auch schon Hebra jun. in seinem Bericht vom Londoner Congress ausgesprochen hat, (pag. 651 des vorigen Jahrg. dieser Zeitschr.) als zufällig oder hinfällig.

Verf. hat die Erkrankung nur bei Personen unter 40 Jahren



gesehen, ein Fall von Uebertragung ist ihm bisher nicht bekannt geworden, einige Schwefelbäder und Theerseife-Abreibungen genügen zur Heilung. Ebenso hat Verf. Glycerin mit Calomel, gelben Präcipitat, Turpethum-Salbe angewendet.

Hebra beschreibt (47) eine eigenthümliche Form von Dermatomykose, die auf den ersten Anschein kaum mehr als die gewöhnlichen Erscheinungen eines Ekzems darbot und von besonders heftigem Jucken begleitet war.

Es befanden sich auf einer gerötheten Basis papulöse, vesiculöse Efflorescenzen, nässende und mit Borken bedeckte Stellen, ja, an manchen war die ganze Oberhaut bis auf den Papillarkörper abgängig, sogar dieser letztere selbst in mehreren Fällen verletzt, hie und da durch ein derbes Infiltrat verdickt und hart. Dabei war die kranke Hautstelle nicht durch einen scharfen Rand von der umgebenden, gesund gebliebenen Haut getrennt. In jüngeren Fällen liessen sich ganz deutlich einzelne Herde erkennen, in älteren Fällen war eine Confluenz dieser Herde eingetreten und entwickelten sich grössere Plaques mit verwaschenen Rändern.

Der Verlauf dieses Uebels war stets ein eminent chronischer; viele Jahre bestand es, ohne dass ein spontanes Ablaufen sich jemals anzubahnen schien; im Gegentheile breitete es sich immer weiter aus und steigerte sich auch das begleitende Jucken. Das erste Auftreten erfolgte zu sehr verschiedenen Lebensaltern. Die antiekzematösen Mittel versagten auf die Dauer, da auch bei noch so lang fortgesetzter Behandlung kleine, meist linsengrosse, graugelbliche, flache, papulöse Erhabenheiten, die an ihrer Oberfläche starken Glanz besassen und entweder in Nestern beisammen sassen oder streifenförmig angereiht waren, nicht zum Verschwinden gebracht werden konnten. Von diesen Efflorescenzen aus begann stets nach ausgesetzter Behandlung der Reigen der Excoriationen und Ekzemerscheinungen, so dass sie sich also unschwer als die primäre Erkrankung und somit als das ätiologische Moment für das Jucken und Kratzen erkennen liessen.

Die Haupteigenthümlichkeit aber bestand in der Localisation dieses Uebels. Dieselbe war eine constant sich symmetrisch auf den Hals, die beiden Ellbogenbeugen und Kniekehlen erstreckende. Meist waren alle diese Stellen ergriffen, immer aber einige derselben und nur sehr ausnahmsweise war die Erkrankung auch an anderen Partien vorfindlich.

Verf. untersuchte nun die glänzenden Knötchen mikroskopisch und fand stets Pilzelemente vor. Diese waren hellglänzend, von bemerkenswerther Kleinheit, selten zu längeren Stäbchen concatinirt, meist in grösseren Haufen beisammenlagernd. Sie glichen sehr den Pilzen von Pityriasis versicolor, doch war ein reichliches Geflecht, wie hier gewöhnlich gesehen wird, nicht auzutreffen. Fructificationsorgane konnte Verf. nirgends sehen. Verf. will übrigens die Möglichkeit zugeben, dass die auch in Rede stehende Dermatomykose von demselben Pilze (dem Mikrosporon furfur) wie die Pityriasis versicolor hervorgerufen werde, und dass nur anderen, Momente einwirkten, um die oben beschriebenen Eigenthümlichkeiten zu veranlassen.

Was die Behandlung betrifft, beginnt der Verf. mit der gewöhnlichen Ekzembehandlung, indem er Ung. Diachylon so lange appliciren lässt, bis die Substanzverluste gedeckt sind. Hierauf wird durch eine Woche Ung. Wilkinsoni (contra Scabiem) eingerieben. In leichten und jungen Fällen erzielt man auf diese Weise in relativ kurzer Zeit (4—6 Wochen) Heilung; bei älteren hochgradigeren Fällen verwendet der Verf. eine 10percentige Pyrogallussalbe und überdies zum Schluss Salicylsäure, die er in 5percentiger alkoholischer Lösung und mit Amylum (10—20 Percent) vermengt anwendet.

Riegel berichtet (48) über folgende Beobachtung: Im April wurde eine Frau am rechten, später am linken Mundwinkel von einer circumscripten, exsudirenden, krustenbedeckten Entzündung befallen, die nach der Abheilung wiederkehrte. Ende Juni bildete sich bei dem jüngsten 1$^1/_2$jährigen Kinde ein impetiginöses Ekzem heraus. Anfangs August wurde ein 9jähriges Mädchen der Familie, das ausserdem Kopfläuse hatte, befallen und sodann in sehr milder Weise eine zweite 11jährige Schwester. Bei den übrigen vier Familiengliedern, von denen drei mit den Erkrankten in intimere Berührung nicht zu kommen pflegten, trat das impetiginöse Ekzem nicht auf. (Pilzbefund? A.)

Thin (49) hat bei der Untersuchung von sechs Fällen von Alopecia areata wohl keinen Pilz wie Malassez (siehe diese Vierteljahrschr. pag. 431, 1874), Buchner (s. ebenda pag. 406, 1879) und Eichhorst (ebenda pag. 361, 1880) gefunden, dagegen in fünf von sechs Fällen bacterienartige Körper in und an den Haaren,

welche sich deutlich von den sonst an Haaren vorkommenden granulösen Elementen, von Oelpartikeln und Krystallen unterscheiden. Ihre Refractionserscheinungen sind dieselben wie bei Bacterien. In schwach erkrankten Haaren fand sie der Verf. zwischen der inneren Wurzelscheide und dem Haarschaft und in kleinen Häufchen am Haarschaft innerhalb der Cuticula der Haare. Bei starker Erkrankung sassen sie reichlich innerhalb der Cuticula in der Haarsubstanz. Manche Haare waren bandartig gespalten (nahe der Wurzel) und die Bänder besetzt mit den Organismen. Sie fanden sich immer nur in den Haartheilen unter der Hautoberfläche und am reichlichsten nahe der Haarwurzel. Verf. nennt den Parasiten „Bacterium decalvans".

Smith erzählt folgende zwei Fälle von Brüchigkeit der Haare (50):

Im ersten Falle bestand ein Hautschuppen der Oberlippe bereits seit 6 oder 7 Jahren, ohne Juckempfindung. Seit 2 Jahren beobachtete der Pat., Arzt auf einem Westindienfahrer, dass die Haare auf der Oberlippe auszufallen begannen und seitdem traten, besonders an der rechten Seite, kleine Pusteln und Abscesse auf, von denen einer von der Schleimhautseite aus geöffnet werden musste. Die Haare waren schwarz, verschieden lang, einige stellten nur kleine schwarze Stümpfe dar. Von selbst und bei leichtem Bürsten gingen viele derselben aus. Besondere Schwellungen, knopfartige Auftreibungen und Bänder fehlten vollständig. Die Sensibilität am rechten Mundwinkel war herabgesetzt, so dass Pat. hier das Ausziehen der Haare gar nicht bemerkte. Die Haut war schuppig, verdickt und stellenweise geröthet. In den letzten zwei Monaten war Quecksilberoleat (5 %) ohne Erfolg auf den Haarwuchs gebraucht worden. Smith verordnete:

Hydr. praecip. albi 0,4
Acidi borici 1,0
Ol. amygdal. gtt. II
Vaseline 8,0
M.

Der Pat. verliess Dublin bald, doch hörte S. später, dass die Salbe ihm gut gethan, von dessen Freunde, Dr. K., welcher mit ersterem im selben Hause wohnte und vor zwei Wochen mit dessen Bürste seinen Schnurrbart gebürstet hatte. 6 Tage darauf hatte dieser be-



merkt, dass sein Schnurrbart dünner wurde und die Haare kurz abbrachen. Einige endeten knopfförmig, andere bürstenförmig. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Abwesenheit von Pilzen.

S. knüpft an diese Fälle einige Bemerkungen, aus denen hervorgeht, dass er die Affection für eine atrophische Neurose und nicht für eine Mykose hält, obgleich zwei Andere „skilled microscopists" Pilze zu entdecken glaubten. (Ref. hält bei dem widersprechenden Resultat verschiedener Untersucher und bei dem sonstigen Charakter der Affection die Auffassung als eine Neurose für sehr wenig gesichert und macht darauf aufmerksam, dass ihm mehrere Fälle von parasitärer Sykosis vorgekommen sind, bei denen früheren Untersuchern die Pilze entgangen waren, blos weil sie dieselben in allen kranken Haaren suchten, während bei dieser Affection immer nur einige Haare ganz von Pilzen durchsetzt sind, andere blosse Structurveränderungen zeigen.) Unna.



Syphilis.

1. **Bergh.** Ueber Funiculitis gonorrhalis. (Hospitals Tidende 1881.)
2. **Duplay** et **Brun.** Ueber eine noch nicht genau beschriebene Form von Arthritis blennorrhoica. (Arch. gén. de méd. Mai 1881.)
3. **Riedel.** Derselbe Gegenstand. (Centralbl. f. Chir. Nr. 29. 1881.)
4. **Finger.** Purpura rheumatica als Complication blennorrhagischer Processe. (Wiener med. Presse 48, 49, 50, 1880.)

Ueber die Häufigkeit des Vorkommens der Urethritis und ihrer Complication Epididymitis glaubt Bergh (**1**) nach seinen Erfahrungen, dass 7·3 % von denen, welche eine Urethritis acquirirten, Hodenentzündung bekommen. Diese Entzündung der Epididymis entsteht dadurch, dass der Tripper durch den Colliculus seminalis in den Funiculus spermatic. hineingelangt und dass die Entzündung davon in den Nebenhoden übergeht. Auf das häufige Auftreten von Hodenentzündungen wirken individuelle anatomische Verschiedenheiten im Bau der Samenstränge ein. Sind diese eng, so kann Trippersecret nicht so leicht durchdringen, als wenn sie und ihre Lumina sehr weit sind. Dass die Hodenentzündung per continuitatem fortgeleitet wird, kann man aus den Prodromen, häufigen Pollutionen, welche auf einen Reizzustand der Samenbläschen deuten, sehen. Dies lässt sich auch durch Untersuchung per anum constatiren. Schon zweimal hat der Verf. früher (Bidrag tiu kundskap om Gon. 1860 und Hosp. Tid. IX. 49. 1868) eine Funiculitis gonorrhalis festgestellt, und in vorliegender Arbeit erzählt er zwei Krankengeschichten, wo der Verf. durch Anal-Untersuchung eine Funiculitis constatiren konnte. Im ersten Falle trat die Funiculitis 4 Tage, im zweiten 3 Tage vor der Hodenentzündung auf.



Bei der Rectal-Untersuchung des ersten Falles wurde vom Patienten ein Schmerz in der Umgebung der rechten Samenbläschen und des Samenstranges angegeben. Vas deferens und Nebenhoden waren normal.

Duplay et Brun beschreiben (2) 24 Fälle einer schwereren Form von Arthritis nach Tripper. Die Affection komme eben so häufig bei Männern wie bei Frauen vor; Hand- und Ellbogengelenk sind am häufigsten erkrankt, während das Knie, unter dem gleichen Einflusse so oft von der leichteren hydropischen Form ergriffen, relativ selten an der schweren Arthritis leidet. Immun ist aber kein Gelenk. Meist geht ein Incubationsstadium mit dem Gefühl allgmeiner Abgeschlagenheit, schmerzhaftem Ziehen in den äusserlich unveränderten Muskeln und Gelenken, einem Schmerz, der nach einigen Tagen wieder verschwindet, voraus, bis endlich ein Gelenk der Sitz heftigen Schmerzes wird und anschwillt, bisweilen tritt letzterer auch plötzlich ein und pflegt stets die erste Erscheinung zu sein; Erguss in die Gelenkhöhle fehlt gewöhnlich; dagegen besteht starke Infiltration des periarticulären Gewebes bei derbem Oedem der Hautdecken, das sich weit über das Gelenk hinaus erstrecken kann. Gelenksabscesse haben die Autoren nicht gesehen, wohl aber abnorme Beweglichkeit der Gelenke. Behandlung: Fixe Verbände.

Zur Illustration des Gesagten werden 6 von den 24 Fällen genauer mitgetheilt, in denen die Artic. sterno-clav., metacarpo-phalang., phalang. je einmal, die Art. carpo-radial. 3mal in der geschilderten Weise betroffen waren; in allen Fällen wurde Urethral-Blennorrhöe als Ursache ermittelt. Fünf Patienten kamen nach Application fixer Verbände mit beweglichen Gelenken davon; das Fingergelenk wurde ankylotisch, da Pat. erst 3 Wochen nach Beginn des Leidens in Behandlung kam.

Im Anschlusse an diese Arbeit berichtet Riedel (3) über vier analoge Fälle, von denen 2 sicher, 2 mit Wahrscheinlichkeit auf Tripper zurückgeführt werden konnten.

Ein Vergleich der ersten beiden Krankengeschichten mit den Angaben von Duplay und Brun ergibt nach dem Vf., dass deren Schilderung selbst bis auf den verfehlten Versuch, den Eiter durch Incision zu entleeren, völlig zutreffend ist. Salicylsäure hat sich als völlig unwirksam erwiesen.



Purpura rheumatica als Complication blennorrhagischer Processe beobachtete **Finger** (4) in drei Fällen, in denen der Verlauf und die Beeinflussung des einen Krankheitsprocesses durch den anderen einen innigeren Zusammenhang zwischen der Blennorrhöe und der Hauterkrankung annehmen lässt.

1. Eine 26 J. alte Magd, die am 31. März 1880 aufgenommen wurde, gab an, dass sie vor zwei Tagen vollkommen gesund gewesen sei, plötzlich Abends Schüttelfrost, in der Nacht häufigen schmerzhaften Harndrang und Schmerzen in den Gelenken bekommen und Früh den Ausschlag an den Beinen bemerkt habe. Dieser bestand in von unten nach oben zu spärlicher werdenden, besonders an den Streckseiten dichter gedrängten, theils flachen, theils über die Hautfläche erhabenen Hämorrhagien von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Linse. Bewegungen in den Fuss- und Kniegelenken und Druck auf die Unterschenkelmuskeln waren schmerzhaft. Die Schleimhaut der Vagina und des Vestibulum erschien mässig geröthet, aus der Harnröhre liess sich spärliches eitriges Secret ausdrücken, der Harn setzte schleimiges, mit wenigen Blutgerinnseln gemischtes Sediment in reichlicher Menge ab, enthielt reichlich Eiweiss und reagirte sauer. Die Temperatur war nicht erhöht. Bis zum 14. April blasste die Purpura ab, ohne Nachschübe, die Gelenksschmerzen liessen nach, der Harndrang verringerte sich, der Harn wurde frei von Eiweiss; gegen das reichliche eitrige Secret wurden nun Zinkeinspritzungen angewendet. Am 16. April war in der Nacht von Neuem unter Gelenkschmerzen und vermehrtem Harndrang wieder Purpura aufgetreten, der Harn enthielt Eiweiss und im Sediment, allerdings nur mittelst des Mikroskops nachweisbar, Blut. Bis zum 1. Mai verloren sich unter geeigneter Behandlung alle Erscheinungen und die Kranke konnte geheilt entlassen werden.

2. Der 23 J. alte Kranke, der am 25. Juni 1880 aufgenommen wurde, hatte mehrmals Bluthusten gehabt, sich vor 14 Tagen einen Tripper zugezogen und in der Nacht vom 22. zum 23. Juni heftige Schmerzen im linken Kniegelenk gehabt, das rasch anschwoll. Vom 23. Juni an bildeten sich Blutaustritte um das Knie herum und in der folgenden Nacht stellte sich bedeutender Harndrang ein. Bei der Untersuchung fand man eitrige Urethritis, Eiweiss, Eiter, Blutcoagula, Blutkörperchen mit Epithelien im Harn, Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Knies und an der Streckseite der Extremität Hä-

morrhagien von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Linse, ausserdem über der linken Lunge hinten und oben kürzeren Percussionsschall, Knisterrasseln und hörbares Exspirium. Die Abendtemperatur betrug 38·4° C. Bis zum 28. Juni nahmen Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Gelenkes ab, die Extravasate blassten ab; pleuritisches Exsudat entwickelte sich; zeitweise stellten sich Uebelkeit und Erbrechen ein. Am 29. Juni trat Schmerz in beiden Fussgelenken auf, die Füsse schwollen ödematös an, besonders am Dorsum, und waren von reichlichen Hämorrhagien bedeckt. Der Harndrang bestand fort, der Harn enthielt noch Eiweiss und Blut. Das pleuritische Exsudat nahm zu. Die Temperatur war nicht erhöht. Am 1. Juli stellte sich vorübergehende Diarrhöe ein. Am 3. Juli bestanden noch heftige Schmerzen in den Füssen, an denen neue Hämorrhagien aufgetreten waren. Harndrang und Eiweissmenge im Harn nahmen aber ab. In der folgenden Zeit verloren sich alle Krankheitserscheinungen und am 21. Juli konnte der Kranke entlassen werden.

3. Der 23 J. alte Kranke wurde am 6. September 1880 mit eitriger Urethritis in poliklinische Behandlung genommen. Am 8. Sept. Abends stellte sich Harndrang ein und am 9. Schmerz in den Gelenken und Muskeln der Arme. Am 10. fand man die Haut des Penis mässig ödematös, beide Lippen der Harnröhrenmündung derb geschwellt, die Schleimhaut der Harnröhre geröthet und vorgewulstet, in der ödematösen Haut des Penisrückens war der runde, schnurartige, stellenweise knotig aufgetriebene Lymphstrang bis unter die Symphyse deutlich fühlbar, in beiden Leistengegenden fanden sich indolente Lymphdrüsenschwellungen, wie auch am Halse. An der Streckseite beider Arme vom Ellbogen bis zum Schultergelenk sah man in der Haut zahlreiche papulöse Hämorrhagien, von denen einige ein Haar in der Mitte hatten, die Ellbogengelenke und die Muskeln der Arme waren schmerzhaft. Der Harn reagirte sauer, enthielt Eiweiss, Eiter, Blut und Epithelien. Die Abendtemperatur war auf 38·4° C. gestiegen. Am 11. Sept. schwollen beide Handrücken ödematös an und wurden schmerzhaft, die Haut war von reichlichen Hämorrhagien durchsetzt, die an der Ulnarseite der Vorderarme bis an die Ellbogen reichten. An den Oberarmen waren die Purpuraflecke abgeblasst. Am 14. Sept. hatte der Harndrang nachgelassen und der Harn enthielt kein Blut mehr, aber am 15. kam es bei erneuter Vermehrung des Harndrangs, mässiger Erhöhung der Abendtemperatur und Entleerung blutigen



Harns zur Eruption stecknadelkopfgrosser Hämorrhagien in der Haut des Penis. Am 17. Sept. confluirten die Purpuraflecke am Ellbogen theilweise, die am Penis und am Handrücken begannen abzublassen, dagegen zeigten sich neue am Scrotum bei Zunahme der Schwellung des Lymphgefässes auf dem Penisrücken und der Leistendrüsen. Gleichzeitig traten vorübergehende gastrische Störungen auf. Am 20. Sept. enthielt der Harn kein Blut mehr und wenig Eiweiss. Unter heftigen Muskelschmerzen erschienen neue Purpuraflecke an den Streckseiten beider Kniegelenke und am Präputium. Am 23. September blasste die Purpura ab, das Oedem am Penis, die Lymphgefässschwellung am Rücken desselben und die Schwellung der Leistendrüsen nahmen ab, aber um die Sprunggelenke und am Scrotum zeigten sich spärliche neue Purpuraflecke. Am 25. September traten vorübergehend Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Ellbogens auf. Von da an folgte fortschreitende Besserung aller Erscheinungen und am 7. Oct. wurde der Kranke entlassen.

Ein Zusammenhang zwischen der Blasenaffection und der Hautaffection ist in allen diesen Fällen ersichtlich, am deutlichsten im ersten. F. glaubt die mitgetheilten Fälle in eine gewisse Analogie mit denjenigen Fällen bringen zu können, in denen pathologische Processe in den weiblichen Sexualorganen (Entzündung des Uterus und seiner Umgebungen, Lageveränderungen desselben, Dysmenorrhöe und Schwangerschaft) die verschiedensten Hauterkrankungen (Pigmentanomalien, Erythem, Urticaria, Herpes, Acne, auch Pemphigus und Erysipel) zur Folge gehabt haben.

5. **Pasqua**. Ueber die Behandlung des Trippers mit Chloralhydrat-Injectionen. (Bullet. de Thérap. 98. Bd., 15. März 1880.)
6. **Mandl**. Jodoform gegen Blennorrhoea urethrae. (Gyógyászat 1881. Nr. 52. — Rundschau. Februar 1882.)
7. **Bentley**. Piscidia Erythrina (Jamaica Dogwood) gegen Tripper. (Therap. Gaz. Mai 1881.)
8. **Page**. Behandlung des Trippers. (Therap. Gaz. Aug. 1881.)
9. **Stites**. Derselbe Gegenstand. (Therap. Gaz. Dec. 1881.)
10. **Blackerby**. Kava-Kava und Yerba Reuma gegen Tripper. (Ebendas. Mai 1881.)



11. **Loebl.** Verband für Orchitis und Epididymitis. (Wiener med. Presse Nr. 20. 1881.)

Pasqua (5) hat eine 2proc. Lösung von Chloral in 4 Fällen von Tripper mit gutem Erfolge angewendet, und zwar ohne anderweitige Medication. Dreimal fand diese Behandlung statt bei frisch erworbenem Tripper von 3-, 5- und 7tägiger Dauer und einmal bei einem 18 Tage alten Ausfluss. Der 1. Kranke hatte früher zwei rasch geheilte, der 2. vor zwei Jahren einen Tripper überstanden, welcher über einen Monat gedauert hatte, die zwei anderen Kranken waren jedoch früher noch nie an Tripper krank gewesen.

Von der erwähnten Lösung genügten täglich zwei Injectionen. Sogleich nach der Injection entstand ein Gefühl von leichtem Brennen, bald darauf ein Prickeln und nach drei Minuten ein angenehmes Gefühl von Kühlung. Nach 3—4tägiger Anwendung der Injectionen liessen der Harndrang, die schmerzhaften Erectionen und Schmerzen beim Uriniren nach; der Urin wurde sparsamer, dünner, klarer und der Ausfluss hörte am 8.—10. Tage vollständig auf.

Cheyne hat zuerst die Harnröhrenblennorrhöe mit aus Jodoform, Cacaobutter und Eucalyptusöl bereiteten Bougies behandelt (s. d. Vierteljschr. 1881, p. 119). Seine diesbezüglichen Publicationen waren so ermunternd, dass Mandl (6) sein Verfahren in 10 Tripperfällen anwendete, mit dem Unterschiede jedoch, dass die 1 Gr. enthaltenden Bougies aus Gelatine verfertigt wurden. Rp. Jodoform 1·0; mass. gelatin. q. s. ut f. cereolus latitud. mm. 5, et long. ctm. 8. Dent. tal. cereol. Nr. quinque. Vor dem Einführen der Bougies urinirte der Kranke, dann wurde die Harnröhre mit lauem Wasser ausgespritzt. Schon nach 5—7maligem täglichem Bougiren liess der Ausfluss beträchtlich nach; nachher kamen 1—$1^1/_2$% Zink- oder schwache Kalium hypermang.-Lösungen in Anwendung, worauf das Uebel durchschnittlich in 28—30 Tagen sistirte. Dieses Resultat entspricht wohl nicht dem von Cheyne angeführten, wonach die Blennorhöe in 7 bis 10 Tagen schwand.

Bentley (7) wendet gegen Tripper Piscidia Erythrina an (Inject. 10 Gran auf die Unze Wasser) 3 Mal täglich — nach circa einer Woche soll durchschnittlich Heilung eingetreten sein. Die Pflanze stammt aus den Antillen (Jamaica) und die Rinde (unter



dem Namen Mulungû oder Murungû) soll, ins Wasser geworfen, die Fische betäuben. Der Baum ist 20 Fuss hoch, die Rinde der Wurzel kommt im Handel vor. Sie wird in Brasilien als Sedativum häufig bei Nervenkranken angewendet.

Page empfiehlt (8) gegen Tripper Einführung einer Wieke, welche in gleiche Theile Eucalyptusöl und Hydroleinhydratöl getaucht worden war — oder auch zu Injectionen 3—4 Mal täglich anzuwenden. (Siehe oben. A.)

Stites behandelt (9) alle Fälle von Gonorrhöe in folgender Weise: Ein Pulver von Sulph. Morph. 4 Gran (0·25 Grm.)
Acet. plumb.
Ac. tannic. āā scrp. 1. (1·25 Grm.)
Bism. subnitr. unc. j (30·0 Grm.)

Etwas von diesem Pulver wird auf eine in Oel getauchte Sonde aufgetragen und in die Harnröhre Früh und Abends eingeführt (wie lang? A.). Dabei 4—5 Tage Ruhe und Rückenlage. Innerlich volle Dosen Bromkalium und Leinsamenthee ad libitum. In sechs Tagen ist jeder Patient gesund.

Endlich ist noch zu erwähnen (10), dass auch Anpreisungen der schon bekannten Kava-Kava innerlich: Rp. Extr. Kav.-Kav. Fluid. unc. tres, Spirit. Aeth. nitrosi unc. unam, Elixir simpl. unc. duas 3 Mal täglich ein Esslöffel voll — und ferner der Yerba Reuma äusserlich: Rp. Extr. Yerb. Reuma Fluid. unc. unam, Aq. destill. unc. quinque S. zu Einspritzungen 3 Mal täglich — in amerikanischen Blättern vorkommen. Beide Mittel sind Tonica und Stimulantia. (Näheres über das zweite Mittel selbst ist uns nicht ersichtlich. Die Kava-Kava ist schon länger bekannt und stammt von Radix piperis methystici, Rad. Avae von den Südseeinseln. A.)

Nach Loebl (11) hat die Fricke'sche Heftpflaster-Einwicklung bei Epididymitis den Uebelstand, dass sie, da ein bestimmter Massstab fehlt, oft zu fest oder zu locker gemacht wird, dass ihre Abnahme durch das Ankleben der Haare Schmerzen verursacht und ihre Wirkung mit dem Nachlasse der Geschwulst aufhört.

Zur Vermeidung dieser Uebelstände bedient sich Verf. eines ungefähr 10 Ctm. breiten, 18—20 Ctm. langen, unten offenen und



oben mit einem Zug versehenen Sackes aus fester, gewaschener Leinwand, der in folgender Weise applicirt wird:

Nachdem, analog dem Fricke'schen Verfahren, mit einem Heftpflasterstreifen der Hode so isolirt ist, dass ihm die Scrotalhaut glatt anliegt, zieht man über jenen den Sack, schnürt seinen Zug, welcher auf den Heftpflasterstreifen zu liegen kommt, so weit zu, dass er nicht stärker als dieser den Samenstrang zusammendrückt, und schliesst den Zug mit einem Knoten. Hierauf wird der unter dem Testikel herabhängende Theil des Leinwandsackes mit allen Fingern der linken Hand, während die der rechten die Falten ausglätten, anfangs lose und dann stärker, um den Verband zu spannen und den Hoden zu comprimiren, zusammengefasst und zwischen diesem und der linken Hand eine feste Ligatur angelegt.

Ausser der Bequemlichkeit, dass der herabhängende und zusammengebundene Theil des Sackes an einem Bauchgürtel fixirt und der Hode in eine erhöhte Lage gebracht werden kann, stellt sich noch der Vortheil heraus, dass die Anwendung von Umschlägen nicht die geringsten Schwierigkeiten darbietet.

Ferner gleicht die durch Verkleinerung des Hodens eingetretene Lockerung des Verbandes eine neue über der ersteren angelegte Ligatur leicht aus. Eben so leicht ist die Abnahme dieser Bandage zu bewerkstelligen, da es hierzu nur des Aufziehens der Schleife am Zug bedarf.

Der Bindfaden des Zuges bedarf, damit sich derselbe bequem zusammenschnüren lasse, eine reichliche Einfettung. Statt Leinwand kann auch Kautschuck (wie beim vorzüglichen Langlebert'schen Verbande. A.) angewendet werden.

12. **R. Wittelshöfer.** Ein Instrument zur Operation der Phimose. (Centralbl. f. Chir. 51, 1881.)
13. **Glück.** Zur Statistik der Schanker der Vagina und der Vaginal-Portion. (Wien. med. Presse 32. 1881.)
14. **Cochez.** Inoculation von Syphilis durch das Rasirmesser. (Paris Médical 78. 1880. — St. Petersb. med. Wochenschrift. 26. 1881.)
15. **Obraszow.** Veränderungen an den Lymphdrüsen bei hartem und weichem Schanker. (Petersb. med. Wochenschr. 30. 1881. — Schmidt's Jahrb. 191, 9. Heft, 1881.)



16. **Folinea.** Ueber die traumatischen Läsionen bei Syphilitischen. (Arch. génér. de méd. Juni und Juli. 1881. — Centralbl. f. Chir. Nr. 41. 1881.)

17. **Bermann.** Der Syphilis-Pilz. (New-York med. Journ. December 1880.)

R. Wittelshöfer hat (12) ein Instrument zur Operation der Phimose construirt, welches ihm seitdem wiederholt gute Dienste leistete. Dasselbe besteht aus einer der Länge nach auseinander zu nehmenden kurzen Hohlsonde, an der sich jederseits ein Stab in einem Charnier derart bewegt, dass er sich parallel anlegen und in dieser Stellung durch eine Schraube fixiren lässt. Die Anwendung ist nun folgende: Man schiebt die zusammengefügte Hohlsonde unter die Vorhaut so weit hinein als möglich — d. h. bis zum Sulcus glandis. — Nunmehr legt man die beiden seitlichen Stäbe genau an und fixirt sie durch Schrauben. Dadurch spannt sich über der ziemlich tief gefurchten Hohlsonde die Vorhaut, welche durch die beiden Stäbe eingeklemmt wird. Jetzt durchschneidet man die Vorhaut auf der Hohlsonde, öffnet hierauf das am Griff der Hohlsonde angebrachte Schräubchen, worauf das Instrument in zwei Hälften zerfällt. Jede Hälfte besteht aus der einen Seite der Hohlsonde und dem genau angelegten seitlichen Stab; dazwischen sind die beiden Blätter des Präputiums unverrückbar eingeklemmt. Nunmehr legt man jederseits einige feine Nähte an, worauf man die seitlich angebrachten Schrauben lüftet und so die beiden Theile des Instrumentes entfernt. Hierdurch ist das oft lästige Verschieben des inneren Blattes vermieden, ebenso ist das Operationsfeld absolut blutleer und gestattet exacte Naht. Ausserdem macht es die Narkose auch bei kleinen Kindern überflüssig, da selbst Unruhe derselben nicht stört; das Instrument ist dabei so leicht, dass man es, während man an einem Rande näht, an dem anderen ruhig hängen lassen kann. Zu bemerken ist noch, dass es sich in kleiner Form ausgeführt leicht in die feinen Lumina angeborener Phimose bei kleinen Kindern einführen lässt, ohne dass man dabei Gefahr läuft, die Harnröhre zu treffen, wenn man sich nur an die obere (resp. vordere) Präputialwand hält.

Die Angaben, welche Glück (13) über die Statistik der Schanker der Vagina und der Vaginalportion von Zarewic's Abtheilung in Krakau veröffentlicht, erstrecken sich auf einen



Zeitraum von 6 Jahren, von 1873 bis einschliesslich 1878. Bei 368 Weibern wurden im Ganzen 540 Schanker behandelt; es waren 235 Frauen mit 393 weichen und 133 mit 147 harten Schankern behaftet.

Nachstehende Tabelle gibt eine Uebersicht des Sitzes der einzelnen Schankerarten, wie sie im St. Lazarus-Hospital in Krakau am weiblichen Geschlecht beobachtet wurden.

	Commissura inf.	Labia maj.	Labia min.	Carunc. myrt.	Introit. vagin.
Ulcera mollia . . .	83	57	94	21	44
Ulcera dura . . .	19	56	36	—	2
Summa	102	113	130	21	46

	Vagina	Portio vagin. ut.	Urethra	Anus	Mammae
Ulcera mollia . . .	4	6	7	37	—
Ulcera dura . . .	2	4	5	4	8
Summa	6	10	12	41	8

Hieraus geht hervor, dass die Schanker der Vagina seltener als die der Vaginalportion, die weichen häufiger waren als die harten.

Cochez theilt (14) folgende zwei Krankengeschichten mit: Im Fall 1 handelt es sich um einen 54jährigen Mann, der sich am 11. Juli 1880 rasiren liess; beim Fortgehen bemerkte er drei kleine Schnittwunden auf dem Kinn; den 13. entfernte er die Krusten, den 14. liess er sich wieder rasiren, wobei die Wunden bluteten. Am 25. bemerkte er leichte Verhärtungen, entsprechend den Wunden (Kataplasmen); zu derselben Zeit will er einen über den ganzen Körper verbreiteten Ausschlag gehabt haben, der nur wenige Tage anhielt. Den 1. September beim Eintritt in das Hospital zeigten sich auf dem Kinn drei kleine Ulcerationen, umgeben von rothen, ziemlich harten Callositäten; die Ulcerationen waren nicht schmerzhaft. Die eine Ulceration hatte ein granulirtes Aussehen und beim Zufühlen die Consistenz eines Keloid. Pat. wurde unter der Diagnose Epithelioma an Desprès gewiesen, der die Diagnose auf Syphilis stellte.

Diese Diagnose wurde von verschiedenen Collegen bezweifelt, der Fall eher für Sycosis, Epithelioma gehalten, bis am 15. September ein exquisit papulöses Syphilid Desprès' Diagnose sicherstellte. Es handelte sich eben um drei kleine Schankergeschwüre.



Der zweite Fall betraf einen jungen Mann von 22 Jahren, der sich über einen Tag rasiren liess. Den 12. Juli bemerkte Pat. eine kleine Kruste in der Falte zwischen Kinn und Unterlippe; nach Entfernung derselben zeigte sich eine schmale, längliche Ulceration mit grauem Grunde und harten Rändern; geringe Eiterabsonderung. Am 14. entdeckt Pat. eine zweite Kruste am unteren Theile des Kinns, das Geschwür unter derselben wie das erste; hierauf Schwellung der Gland. subment. und submaxillaris. Den 10. August stellte auch in diesem Falle Desprès die Diagnose auf syphil. Schanker. Den 19. August Roseola syphilitica, Ende des Monats Plaques muqueuses im Rachen und am Anus. In beiden Fällen Cauterisation der Geschwüre mit einer Chlorzinklösung und Quecksilberbehandlung. In diesem wie in dem ersten Fall konnte Infection auf anderem Wege entschieden ausgeschlossen werden.

Zum Schlusse räth Verf. allen, die sich bei Friseuren rasiren lassen, diesen die Vorschrift von Pasteur anzuempfehlen, auf das Rasirmesser die Flamme einer Spirituslampe vor dem Rasiren einwirken zu lassen.

Die Untersuchungen über die Lymphdrüsen bei Schanker, deren Ergebniss Obraszow (15) mittheilt, wurden im pathol.-anatom. Cabinet des Prof. Iwanowsky angestellt.

I. Veränderungen an den Lymphdrüsen bei primärer syphilitischer Sklerose:

1. Die Drüsenkapsel und die von derselben ausgehenden trabekelartigen Fasern zeigen eine starke Entwickelung, in der Corticalsubstanz, besonders aber in der Medullarsubstanz der Drüse.

2. Das zarte reticulare Gewebe der Drüse bietet ebenfalls eine erhebliche Verdickung seiner Fasern dar, wobei die Kerne der Endothelzellen und die Zellen selbst vergrössert erscheinen.

3. Die Lymphkörperchen erfüllen reichlich die Follikel der Drüse, sowie auch die Lymphsinus und bedecken ziemlich dicht jede Trabekel. Neben normal grossen Zellen finden sich nicht wenige vergrösserte, 2—3 Kerne enthaltende Zellen, sowie durchgehend granulirte Zellen ohne sichtbaren Kern. Diese aufgequollenen Zellen liegen grösstentheils in den Lymphsinus und Trabekeln.

4. Die Wände der Blutgefässe in den Lymphdrüsen erscheinen verdickt; die die Innenfläche der Intima auskleidenden Endothel-



zellen sind in ihrem Umfange vergrössert und verengen die Gefässe, indem sie in das Lumen derselben hineinragen.

5. In den Lymphdrüsen und Gefässen der Drüsen finden sich meist in Gruppen oder Colonien liegende feinkörnige Bacterien (Kugelbacterien [Cohn] oder Mikrococcen [Billroth]).

II. Die Veränderungen der Lymphdrüsen beim Ulcus molle lassen sich vor allem zurückführen:

1. Auf eine Hyperplasie der Lymphzellen mit sehr deutlich ausgesprochener Anschwellung und körniger Beschaffenheit derselben.

2. Die Blutgefässe zeigen stark ausgeprägte Hyperämie und Infiltration ihrer Wandungen mit farblosen Blutkörperchen; an den in das Gefässlumen hineinragenden Endothelzellen ist unzweifelhafte Anschwellung und körnige Degeneration zu erkennen.

3. Das die Grundlage der Follikel bildende reticulare Gewebe, sowie das fibröse Gewebe der Trabekeln bieten keinerlei Veränderungen dar.

4. In schankrösen Lymphdrüsen kommen ebenso wie auch in den syphilitischen feinkörnige Parasiten vor (Mikrococcen; Billroth). Sie liegen aber nicht ausschliesslich in Gruppen, sondern finden sich auch zerstreut zwischen den Lymphzellen und in denselben, wodurch auch die Anschwellung der letzteren bedingt wird.

Petit gibt (16) eine Uebersetzung einer 1879 erschienenen Arbeit von Folinea (Giorn. intern. delle scienc. med. fasc. 10, 11, 12).

Aus diesen Beobachtungen ergeben sich folgende Schlüsse für den Verf., die Traumen bei Syphilitischen betreffend:

1. Die Initialsklerose führt zur Sklerosirung von zufällig oder durch das Messer des Chirurgen entstandenen Wunden, wenn letztere in Continuität mit ihr stehen.

2. Auf entfernt von ihr entstandene Wunden hat die Initialsklerose keinen Einfluss.

3. Traumen, welche in die Periode zwischen Initialsklerose und Allgemeinerscheinungen fallen, auch noch in den Beginn der letzteren, sind unbeeinflusst durch die Syphilis.

4. Fallen sie dagegen in die secundäre Zeit in das inflammatorische Stadium, so werden sie den Charakter specifisch syphilitischer Wunden annehmen.

5. Sie können selbst den Charakter der syphilitischen Manifestation annehmen, die sich nahe oder weiter entfernt von ihnen findet.

6. Wenn die secundäre Syphilis in actu die Verletzung nicht in ein specifisches Ulcus umwandelt, beeinflusst sie Continuitätstrennungen in der Weise, dass sie dieselben stationär macht, so dass sie nur durch eine specifische Behandlung heilen.

7. Die tertiäre Syphilis hat keinen Einfluss, gleichgiltig ob das Trauma entfernt von der syphilitischen Manifestation ist, oder nicht; unter gewissen Umständen kann sie aber doch eine heftige Verletzung in ein syphilitisches Ulcus verwandeln, oder sie stationär machen.

8. In den Intervallen von Latenz der secundären Periode übt die Syphilis denselben Einfluss, als wenn sie in Activität wäre, indem sie entweder die Verletzungen in syphilitische Eruptionen umwandelt, oder indem sie die Heilung so lange verhindert, bis specifische Behandlung eintritt.

9. Die latente tertiäre Syphilis hat selten einen specifischen Einfluss auf den Verlauf irgend eines Trauma.

10. Traumatische Läsionen bei Syphilitischen können das Centrum neuer syphilitischer Manifestationen werden.

11. Traumatische Läsionen können bei frischer, offener oder latenter Syphilis der Ausgangspunkt neuer syphilitischer Manifestationen am Sitze des Trauma werden.

12. Traumatische Läsionen bei Syphilitischen können Eruptionen in näherer oder weiterer Entfernung hervorbringen, besonders in der secundären Periode, selten in der tertiären.

13. Bei Syphilitischen kann ein Trauma vielleicht von Neuem der Ausgangspunkt einer specifischen Läsion werden, sowohl in der secundären als in der tertiären Periode.

14. Eine traumatische Läsion bei einem nichtsyphilitischen Menschen, der sich später inficirt, kann alsdann noch der Ausgangspunkt syphilitischer Manifestationen werden.

(Apodictisch genug sind diese Sätze in der That. A.)

Jene Organismen, welche im indurirten Schanker von Klebs beschrieben wurden, sind nach Bermann (17), welcher sie schon früher an einem frisch excidirten Präputium in Wien beobachtet hatte, Mikrococcen, welche hauptsächlich in den Lymphgefässen vorkommen, deren Lumen sie einnnehmen, und Bacterien, welche man selten und nur in



den Arterien mit Blutkörperchen untermischt findet. Die ersten Veränderungen in den Lymphgefässen findet man stets in einer gewissen Entfernung von der Initialsklerose; dieser Umstand erklärt es, dass diejenigen, welche die Syphilispilze nur an der Indurationsstelle suchten, diese nicht finden konnten. Nach Bermann wird die Infection durch einige Sporen oder Mikrococcen eingeleitet, welche in einer Verletzung der Haut zurückgehalten wurden. Sie werden durch die Lymphbahnen aufgesaugt, wachsen daselbst und vermehren sich, verbreiten sich im Innern und bedingen daselbst eine Circulationsstörung. Die Folge davon ist eine Infiltration des umgebenden Gewebes, diese bedingt die Induration. Hierauf vermehren sich die Organismen immer weiter, einige derselben gelangen in den Kreislauf und werden an verschiedene Stellen des Körpers hingetragen, sie verursachen Metastasen in den verschiedenen Organen und zwar hauptsächlich vorerst in den Capillaren der Haut. Um der Entwicklung der Krankheit vorzubeugen, soll die Cauterisation, ferner die Mercurbehandlung und wenn möglich, die Excision, wie sie Auspitz empfohlen hat, vorgenommen werden. (Vorsicht in Bezug auf die Annahme von derlei Befunden in Gefässen räth der Referent nach vielfachen Erfahrungen, die er gerade bei Sklerosen-Durchschnitten in Bezug auf Verunreinigung durch Menstra u. s. w. gemacht hat, dringend an. A.)

(Fortsetzung des Syphilis-Berichtes im nächsten Hefte.)



Buchanzeigen und Besprechungen.

Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des pathologischen Institutes zu Berlin, Herrn Rudolf Virchow dargebracht von F. v. Recklinghausen. Mit 5 Tafeln. Berlin 1882, bei A. Hirschwald.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

Eine Festschrift, Virchow dargebracht von Recklinghausen! Eine Festschrift über Bindegewebs-Erkrankungen, dem eigentlichen Entdecker des Bindegewebes für die Pathologie gewidmet — von einem seiner hervorragendsten Schüler, dessen Arbeiten auch seinerseits in derselben Richtung bahnbrechend gewesen sind! Es bedarf nicht mehr, um das höchste Interesse der medicinischen Welt zu erregen schon vor der Lecture. Aber der Inhalt der Schrift erfüllt noch mehr, als er versprochen. Denn nicht blos eine klare Darlegung pathologischer Verhältnisse, die sich im Bindegewebslager der Haut abspielen, bringt uns das Buch, sondern eine Fülle von selbstständigen Forschungsresultaten, welche auf die ganze Geschwulstlehre neues Licht zu werfen geeignet sind.

Indem der Verf. zuerst die Neurofibrome der Haut, ihre Bildungsart und ihre Beziehung zur Elephantiasis mollis prüft, gelangt er zunächst an einem Falle aus seiner eigenen Beobachtung zu dem Resultate, dass multiple Neurome und multiple Fibrome der Haut gleichzeitig und genetisch zusammenhängend, beide aus den tieferen Cutislagen, und zwar aus den bindegewebigen Scheiden der in der Cutis verlaufenden Kanäle und Nerven ihren Ausgang genommen hatten. Weiter zeigte sich aus der Betrachtung eines zweiten Falles, dass die multiplen Fibrome der Haut oft plexiform sind, sowie dass sie sich mit falschen Neuromen der Nervenstämme combiniren. Der Schluss ergibt sich endlich, dass die multiplen Fibrome welcher Art

und Grösse immer als Neurofibrome entstehen, d. h., dass sie in kleinen Cutisnerven nach dem Typus der Fibrome mit Vorlagerung, aber anfänglicher Erhaltung der Primitivnervenfasern gebildet sind.

Der Verf. führt im weiteren Verlaufe den Nachweis, dass die sogenannten weichen Warzen (Fibroma molluscum) in den präformirten Lymphbahnen des Gewebes der Cutis entspringen und bezeichnet sie als Lymphangiofibrome zum Unterschied von den Neurofibromen. In den folgenden Capiteln erörtert der Verf. noch die Beziehungen der letzteren zu anderen Bindegewebsgeschwülsten der Haut, ferner zum neuropathischen Papillom, beleuchtet die Wahrscheinlichkeit der verschiedenen Hypothesen über die Ursachen der Neurofibrome und kommt endlich zum Schlusse, dass der Grundgedanke, von welchem die ganze Untersuchung ausging, dass nämlich die bindegewebigen Theile der Haut sich an den pathologischen Neubildungen nicht in gleicher, sondern in typisch verschiedener Weise betheiligen, durch die Untersuchungsresultate über die Fibrome seine volle Bestätigung erhalten habe. Der Verf. entwirft sogar eine kleine Tabelle, in welcher er veranschaulicht, dass sich

1. an die Bindegewebsscheiden der Nerven, Gefässe und Follikel halten: das Neurofibrom, die Lepra, die Elephantiasis mollis;

2. an die Lymphgefässe: das Lymphangiofibrom, die Elephantiasis lymphangiectodes, das Carcinom;

3. an die Saftspalten und Saftkanäle des Hautgerüstes und der Scheiden: die acut entzündlichen Tumoren, die leukämischen Lymphome, der Tuberkel, der Lupus, das Sarkom, das Granulom, die Elephantiasis mollis et dura;

4. an die Venen: der Schanker[1]), die Pockenherde, das Erysipel;

[1]) Einer Bemerkung des Verf. gegenüber muss ich eine Einwendung erheben. Herr v. R. behauptet, dass Unna und ich beim harten Schanker die Veränderung der Arterienwand in den Vordergrund stellen, was seinen Erfahrungen nicht entspreche, während er mit der von Cornil geschilderten Verdickung der Venenwandungen als Charakteristicum des indurirten Schankers sich einverstanden erklärt. In der That jedoch haben Unna und ich auf S. 183 und 184 und auf Tafel V unserer Abhandlung aus dem J. 1876 dieser Vierteljahrsschr. zuerst die enorme Wucherung der Gefässwand der Venen und Arterien, also beider, nicht etwa blos der Arterien, genau beschrieben und hat Herr Cornil in planche III, Fig. 7 und planche V, Fig. 10 u. 11 seines 1879, also 3 Jahre später erschienenen Buches auch ziemlich dieselben Befunde wie wir abgebildet.



5. an die Arterien und Blutcapillaren: chronisch entzündliche Neubildungen mit Verkäsung, gewisse Granulome, das Angiom.

Mag man nun auch einzelne Momente dieser Tabelle noch für hypothetisch ansehen — im Grossen und Ganzen dürfte dieselbe den Thatsachen entsprechen und über die Berechtigung der vom Verf. ausgesprochenen Grundanschauung keinen Zweifel übrig lassen.

Die den Schluss des Buches bildende Uebersicht der in der Literatur vorfindlichen Fälle von Neuromen und Fibromen ist geeignet, die Gelehrsamkeit und Gewissenhaftigkeit der Arbeit in volles Licht zu stellen. Die beigegebenen Tafeln illustriren die zwei eigenen Fälle des Verfassers vortrefflich.

De fraa Luës beroende pathologiske Forandringer af Oienbunden. 103 S. gr. Oct. Af Dr. Ole B. Bull. Christiania 1881. (Die auf Luës beruhenden pathologischen Veränderungen des Augenhintergrundes.)

Angezeigt von Dr. Cäsar Boeck in Christiania.

Die Syphilis localisirt sich nach Bull am häufigsten im inneren Auge, nicht, wie früher angenommen wurde, in der Iris. Zu diesem Resultat ist er bei dem Untersuchen mehrerer hundert (nahezu tausend) Syphilitischer durch eine längere Zeit gelangt, wobei zu bemerken ist, dass die grosse Mehrzahl dieser Patienten nicht mit specifischen Mitteln behandelt sind.

Am häufigsten manifestirt sich die Syphilis im Auge als eine Hyperämie des Nervus opticus, die in den meisten Fällen einen mässigen, aber nicht selten auch einen so hohen Grad erreicht, dass die Affection sich unter dem bekannten Bilde der Stasenpapille mit bedeutender Geschwulst des Sehnervenquerschnittes präsentirt. Die Peripherie des Augenhintergrundes bietet dabei für gewöhnlich keine Veränderungen dar. Wenn diese Hyperämie eine kürzere oder längere Zeit, von einigen Wochen bis 2 oder 3 Monate bestanden hat, schwindet sie wieder ohne irgend eine andere Spur als eine leichte, rauchförmige Opacität des Sehnervenquerschnittes zurück zu lassen. Nur in ein paar Fällen wurde eine dauernde Veränderung der Pigmentschicht beobachtet. Functionelle Störungen sind gewöhnlich nicht vorhanden, nur in wenigen Fällen findet man eine mässige Herabsetzung der Sehschärfe. Diese Hyperämie tritt während des secundären Stadiums, und mitunter



ziemlich früh, auf. In Bezug auf die Häufigkeit dieser Affection nimmt der Verf. an, dass sie in ungefähr 20—30% aller Syphilitischen vorkomme. Was die nächste Ursache dieser Hyperämien betrifft, spricht der Verf. keine bestimmte Meinung aus; doch scheint er geneigt anzunehmen, dass sie auf eine Reizung des Centralnervensystems und eine Hypersecretion der Cerebrospinalflüssigkeit beruhen. Für eine solche Annahme findet der Verf. darin eine Stütze, dass er Kopfweh und andere nervöse Symptome in beinahe 50% der Patienten, wo eine Neuritis optici vorhanden war, und nur in circa 30% bei denjenigen, wo der Augenhintergrund normal gefunden wurde, verzeichnet hat. Es ist zu bemerken, dass diese Untersuchungen in der Universitätsklinik vorgenommen sind, wo der Verf. häufig die Gelegenheit hatte, diese Affection anderen Collegen zu demonstriren.

Im 2. Capitel des Buches behandelt der Verf. übrigens ziemlich kurz die Neuritis optica und die Atrophia nervi optici. Der Verf. scheint eine wahre Neuritis sowohl wie eine secundäre Atrophie für eine nicht ungewöhnliche Folge mehr vorgeschrittener Syphilis zu halten, wogegen eine primäre Atrophie selten sein soll.

Im 3. Capitel werden die Affectionen der Retina und Choroidea sehr umständlich behandelt. Nachdem der Verf. in einer kurzen, historischen Skizze hervorgehoben hat, dass diese Affectionen erst verhältnissmässig spät mehr eingehend studirt wurden, geht er zur Genesis derselben über. Er ist der Ansicht, dass die Affection von der Retina ausgeht und schlägt vor, für alle diese Affectionen die Benennung Retino-Choroiditis zu benutzen. Zu dieser Auffassung ist er durch eine sehr eingehende Prüfung der functionellen Störungen in recenten Fällen gekommen. Es ist vor allem der Sitz und Ausbreitung der Scotome, welche ihn zu dieser Ansicht geführt haben. Die Scotome gehen nämlich nach den Untersuchungen des Verfassers häufig vom blinden Fleck aus, breiten sich von da weiter nach der Peripherie aus und sind nicht selten in der Mittellinie der Sehfelder vertical abgeschnitten. Später breiten sie sich freilich mehr unregelmässig aus und können sich zu Ringscotomen ausbilden. Eine, wie es scheint, vollständig neue Beobachtung ist die Nachweisung einer peripherischen Mikropsie, die nach Bull sogar viel häufiger ist, wie die centrale. Von den objectiven Symptomen sprechen für diese Ansicht, dass man in frischen Fällen gar keine Veränderungen in der Choroidea findet, dass die Veränderungen, welche später



in der Pigmentschicht auftreten, gewöhnlich auf denselben Stellen erschienen, wo die Scotome früher nachgewiesen wurden, und dass Pigmentmaceration und Pigmentablagerungen manchmal in einer intimen Relation zu den Retinalgefässen stehen. Uebrigens läugnet er nicht, dass ausnahmsweise eine uncomplicirte Retinitis oder Choroiditis vorkommen mag.

Mit Rücksicht auf die betreffenden Untersuchungen des Licht- und Farbensinnes sind diese nach originalen Methoden [1]) vorgenommen, und die dabei gewonnenen Resultate sind in vielen Beziehungen von den von anderen Forschern erhaltenen verschieden.

Die bei der hereditären Syphilis auftretenden Affectionen sind nach dem Verfasser ganz von derselben Natur wie diejenigen, welche durch die acquirirte Syphilis veranlasst werden.

Das Buch enthält eine Fülle von sehr genauen und interessanten Krankengeschichten.

Ueber syphilitische Augenkrankheiten. Nach Beobachtungen aus der Augenklinik des Prof. Dr. H. Cohn in Breslau. Von Dr. Paul Schubert in Nürnberg. Berlin. Verlag von Paul Lette. 1881.

Angezeigt von Docent Dr. Königstein in Wien.

Monographien über gewisse Kapitel der Heilkunde werden dem praktischen Arzte sowohl wie dem Specialisten immer sehr erwünscht sein, weil sie dem Bedürfnisse entspringen, nach einer Reihe von Jahren die Summe von neuen Erfahrungen aus eigenen und den in den verschiedensten Zeitschriften niedergelegten Krankengeschichten zusammenzufassen und zu prüfen, ob unsere Diagnostik, ob unsere Therapie eine wesentliche Bereicherung erhalten. Die vorliegende Arbeit ist wohl keine Monographie ganz in diesem Sinne, aber doch immerhin ein schätzenswerther Beitrag zu dem sehr wichtigen Kapitel der syphilitischen Augenkrankheiten, und zwar ist derselbe um so werthvoller als er auf der respectablen Anzahl von 20.000 von Prof. Cohn in Breslau untersuchten Augenkranken beruht. Der Autor benützt wohl die Literatur, soweit er sie zu Vergleichen braucht, doch nützt er sie nicht vollständig aus (so wird z. B. die Broschüre von Hock „Ueber syphilitische Augenkrankheiten" gar nicht erwähnt).

---

[1]) Von Graefe's Archiv für Ophthalmologie, XXVII. 1.



In der Einleitung bespricht Schubert, welche Veränderung im Laufe dieses Jahrhunderts die Diagnose der Syphilis überhaupt und der syphilitischen Augenerkrankungen speciell durchgemacht hat. Während früher bestimmte Kriterien angegeben wurden für jedes Stadium, ja für jede Einzelform, die Erkenntniss der Krankheit also eine sehr leichte schien, hat die pathologische Anatomie später gelehrt, dass die ganze Richtung eine falsche war, und dass nur durch das Zusammentreffen verschiedener Merkmale und durch Berücksichtigung aller Erscheinungen der specifische Charakter der Erkrankungen erschlossen werden könne. Die Prüfung dieser Merkmale würde nur an einem grossen statistischen Materiale beweisend sein und hiezu gibt diese Broschüre einen Beitrag.

Unter 20.000 Patienten H. Cohn's war bei 231 eine Beziehung zwischen constitutioneller Syphilis und einer Augenaffection wahrscheinlich; nur wahrscheinlich, weil ja nicht jede Erkrankung eines Syphilitischen der Syphilis zugeeignet werden darf. Unter den verschiedenen Erkrankungen liefert die Iritis das Hauptcontingent. H. Cohn sah unter 524 Iritiden 121, die sich auf Syphilis zurückführen liessen, davon 71 uncomplicirte und 50 complicirte Fälle. Die Angabe, dass das linke Auge von Iritis öfters befallen werde als das rechte, wird durch Zuhilfenahme der statistischen Zahlen von Ruete, Hasner, Arlt und Schmidt widerlegt. Aus den Krankengeschichten Cohn's geht ferner hervor, dass die Iritis den Frühsymptomen der Syphilis angehört und wird die Angabe Förster's und anderer Autoren über die relative Seltenheit derselben bei tertiärer Lues bestätigt. Die Frage ob die syphilitische Iritis in irgend einer Weise als solche charakterisirt sei, wird dahin beantwortet, dass eine Iritis serosa unbekannten Ursprunges die Probabilität habe, syphilitisch zu sein, dass diese Wahrscheinlichkeit um das Doppelte wachse, wenn in längerem oder kürzerem Zwischenraume beide Augen nach einander befallen werden. Dieselbe Schwierigkeit der Diagnose finden wir bei der Chorioiditis, keine Form ist charakteristisch, es wird nur die Neigung zu doppelseitiger Erkrankung und zu staubförmigen Glaskörpertrübungen hervorgehoben, sowie das häufige Neben- oder Nacheinanderbestehen von Erkrankungen verschiedener Theile des Uvealtractus. Häufig waren auch die Fälle, wo Chorioidea und Retina gleichzeitig afficirt waren (Chorioiditis syphilitica diffusa von Förster, Chorio-Retinitis specifica Wecker's). Sie waren charakterisirt durch

staubförmige Glaskörpertrübungen, zarte blassgraue bis hellrothe Flecken in der Gegend der Macula, Hemeralopie, Photopien durch vorwiegend centrale Gesichtsfelddefecte und endlich durch Mikropie und Metamorphopie. 23 Fälle gehörten aus Cohn's Beobachtung hieher, von denen 4 zu Secundärglaucom führten. Die Lues vermag ferner ihren Einfluss auf das Auge geltend zu machen vom Centralnervensysteme aus oder von der Orbita. So zeigten 9 Fälle unzweideutige Merkmale von Spinalerkrankungen und waren unter 269 Muskelparalysen 47 von centraler Syphilis abhängig. Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit den hereditären syphilitischen Augenkrankheiten, unter denen die Keratitis parenchymatosa die wichtigste Rolle spielt. Der Autor schliesst sich vollständig dem Ausspruche Hasner's an, dass man nicht alle Fälle auf Syphilis zurückführen dürfe, und dass speciell die Diagnose nicht auf das eigenthümliche Aussehen und die Stellung der Schneidezähne (Hutchinson) gestützt werden dürfe. Interessant ist der Umstand, dass bei 77 Patienten mit Keratitis profunda nur 5 Mal hereditäre Syphilis nachweisbar war. Zum Schluss bespricht Schubert die Fehlerquellen, die dadurch entstehen, dass wir von den Patienten insbesondere von Frauen, über eine etwaige Syphilis nichts erfahren und stellt das Verhältniss der einzelnen Erkrankungen zum Geschlechte und Alter auf, woraus wir ersehen, dass das männliche Geschlecht sehr bedeutend prävalirt (146 gegen 85), und dass die meisten Erkrankungen in die vierte Decade fallen (82 von 231).

Den verschiedenen Abschnitten sind sehr lehrreiche Krankengeschichten beigefügt, durch welche dem praktischen Arzte das Verständniss erleichtert wird und ist auch die Therapie genügend berücksichtigt.

Die Syphilisbehandlung ohne Quecksilber. Eine neue abortive Methode von Dr. J. Edmund Güntz in Dresden, Ritter I. Cl. des königl. sächs. Albrechtsordens, Dirigenten einer Privatklinik und der öffentlichen Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis im königl. Gebäude der ehem. chirurgisch-medicinischen Akademie, königl. sächs. Stabs- und Chefarzt a. D., Mitgliede gelehrter Gesellschaften.

Besprochen von Docent Dr. A. Jarisch in Wien.

Die Syphilisbehandlung ohne Quecksilber! Eine neue abortive Methode! Wer würde sich durch diesen vielversprechenden Titel nicht

mächtig angezogen fühlen? Wer würde die Entdeckung eines Mittels nicht auf das lebhafteste begrüssen, das, wie der Autor sagt, ein Abortivmittel ist, „welches in einer ungeahnten grossen Zahl von Fällen vorhandener Schanker die Syphilis gar nicht zum Ausbruch kommen liess, sondern welches die Syphilis vollständig im Keime erstickte“, ein Mittel, „welches geradezu einzig und unerreicht dasteht“. — Das Ideal einer rationellen Syphilisbehandlung wäre erreicht! —

Die Lecture der Güntz'schen Arbeit hat uns jedoch eine bittere Enttäuschung bereitet — der Inhalt der vorliegenden Schrift entspricht — sagen wir es kurz heraus — nach keiner Richtung hin der Erwartung, dass in der neuen Methode wirklich eine neue Errungenschaft zu verzeichnen sei, dass der mit so anziehendem Titel versehenen Brochure mehr Werth innewohne, als den mit gleich emphatischen Schlagwörtern ausgeschmückten, ephemeren Produkten unserer nach unerhörten, verblüffenden, therapeutischen und persönlichen Erfolgen jagenden und hastenden Zeit.

Das Güntz'sche Mittel ist das doppeltchromsaure Kali. Dasselbe wurde bereits nach dem Vorgange von Robin (1850) und Vincent gegen Syphilis und Psoriasis verwendet, fand aber wegen seiner giftigen Eigenschaften, denen zufolge bei vielen Personen auf geringe Mengen sofort Erbrechen, Beängstigung, Schmerz in der Magengrube eintritt, und wegen der abfälligen Beurtheilung zuverlässiger Beobachter (Pirogoff, Heyfelder, Gamberini, Boeck) keine weitere Verwendung. Herrn Güntz blieb es vorbehalten, eine Eigenschaft dieses Körpers, welche früheren Beobachtern entgangen war, nämlich ein Abortivmittel gegen Syphilis zu sein, zu entdecken.

Der Autor constatirt zunächst ebenfalls die giftigen Eigenschaften des doppeltchromsauren Kali, dessen leichte Zersetzlichkeit, und warnt vor zu kühnen Erwartungen bei der gebräuchlichen Anwendungsweise — in Pillenform — dieses Mittels. Erst in der Form, welche Güntz zur Anwendung bringt, einer Mischung des chromsauren Kali mit kohlensaurem Wasser, soll dasselbe, nach Angabe des Autors, den gestellten Anforderungen entsprechen.

Doch lassen wir den Autor selbst reden:

„Wenn nun das Chrom im kohlensauren Wasser auch in grossen Dosen und rascher assimilirt und vertragen werden kann, so musste nach meiner Auffassung sofort deutlich zu Tage treten, ob dieses



Metall und gewisse seiner Verbindungen bei Syphilis eine entschieden Heilung befördernde Wirkung thatsächlich haben. Allerdings entstand hierbei die Frage, ob unter diesen Umständen nicht auch die reizende Wirkung auf den Magen im gleichen Grade sich steigern und die erhoffte günstige Wirkung unmöglich machen wurde. Der Versuch einer einfachen Zusammenmischung von kohlensaurem Wasser mit der Lösung von doppeltchromsaurem Kali schien diese Vermuthung zu bestätigen. Nach dem Trinken einer kleinen Menge dieses Wassers trat nach 10 Minuten ein heftiges Erbrechen ein (!). Fortgesetzte Versuche haben mich schliesslich eine besondere Form der Darstellung und Dosirung finden lassen, welche mit Beobachtung gewisser, später zu beschreibender, Vorsichtsmassregeln und bei einer bestimmten Diät, ähnlich wie sie z. B. bei dem Gebrauche von Eisenwässern erforderlich ist, ein solches Chromwasser trinkbar machen".

Wenn nun aber der Leser nach der besonderen Form der Darstellung des Herrn Güntz und den „später zu beschreibenden Vorsichtsmassregeln" sucht, so wird er sich vergeblich abmühen — in den 65 Druckseiten ist die Beschreibung derselben nicht zu finden und der Autor verschweigt dieselbe in nicht zu verkennender Absichtlichkeit.

Ein solcher Vorgang kann nicht entschieden genug zurückgewiesen werden. — Was soll die mit so verlockendem Titel versehene Schrift, wenn sie den Kern der neuen Methode verschweigt? — Ist es dem Autor um eine Apothekerspeculation zu thun, dann mögen ihm die Tagesjournale unbehindert zu Gebote stehen, gegen die Reclame im wissenschaftlichen Gewande müssen wir auf das energischeste Protest erheben.

Gehen wir nun auf das Meritorische der Güntz'schen Publication über.

Der Autor hat innerhalb eines Zeitraumes von 1 Jahre und 3 Monaten 194 Schanker behandelt, von welchen aber, „um alle Fehlerquellen auszuscheiden", nur 85 der Arbeit zu Grunde gelegt werden (!). Besonderes Gewicht legt G. auf den Umstand, dass die benützten Fälle möglichst lange in Beobachtung gestanden waren, und geht bei der Musterung derselben mit der anscheinend grössten Rigorosität (die allerdings durch die Krankengeschichten in eigenthümlicher Weise illustrirt wird) vor, um auch dem „muthwilligen

Skeptiker" Rechnung zu tragen. Nichts desto weniger gelangt Herr Güntz zu dem überraschenden Resultate, dass von 71 Schankergeschwüren, bei welchen keine Aetzung stattfand, und welche ausschliesslich mit dem Chromwasser behandelt worden sind, 37 Fälle, also mehr als die Hälfte von Syphilis verschont geblieben, während sich das Verhältniss bei 14 gleichzeitig geätzten Schankergeschwüren noch viel günstiger gestaltet, indem von denselben nur 2 Fälle an allgemeiner Syphilis erkrankten; — wahrlich ein überraschendes Resultat! Doch wie rasch verfliegen die schönen Hoffnungen, die wir der Entdeckung des Herrn Güntz entgegen bringen, sobald wir Einblick in die Krankengeschichten nehmen.

Wenn Jemand seiner Tüchtigkeit im Kampfe Anerkennung verschaffen will, dann wird er zeigen müssen, dass er wirklich gegen Feinde und nicht gegen Windmühlen angekämpft habe. Wenn Jemand behauptet, er sei im Stande die Allgemeinsyphilis an ihrem Ausbruche zu verhindern und abortiv zu heilen, dann wird er den elementarsten Regeln der Logik zufolge nachweisen müssen, dass er wirklich gegen Initialaffecte der Syphilis angekämpft habe; er wird sich bei der Auswahl der Kranken und der Beschreibung der Initialerscheinungen der grössten Genauigkeit und Rigorosität zu befleissigen haben.

Was bietet uns aber Herr Güntz in seinen Krankengeschichten? An Stelle objectiver Befunde subjective Betrachtungen, an Stelle fachmännischer Beschreibungen eine geradezu laienhafte Ausdrucksweise. Wir glauben, dass Ausdrücke wie: „Beiderseitiger Bändchenschanker" — „deutlich rund ausgefressene Initialschanker" — „der Kranke war mit einem rothen, breiten Geschwüre am Penis angesteckt" — „Patient war vor 14 Tagen mit 4 Schankern angesteckt" — „zwei Bändchenschanker nach Ansteckung vor 5 Tagen" — „vor 30 Tagen angesteckt mit mehreren Schankern, welche mit Kupferwasser behandelt worden waren" — „Vor sechs Wochen angesteckt mit Schanker, welcher heute, ohne eigentliche Behandlung, fast verheilt erschien". — „Am fünften Tage nach der Ansteckung wurde das Geschwür geätzt; die Aetzung erzielte keine reine Wunde. Das Geschwür vergrösserte sich und musste nun unter den Ungeätzten (weil fruchtlos geätzt) rangiren" (!) — „Infection vor 25 Tagen. Indurirte Geschwüre, der ausbrechenden Syphilis verdächtig" — „Ein grosses, fressendes, tiefgehendes Geschwür, welches innerhalb 12 Tage vom Bändchen anfangend und von der Mündung der Harnröhre beginnend, dieselbe

zerstört und den dritten Theil der Eichel zerfressen hatte; jeden Augenblick ist grosse Blutung zu fürchten“ u. s. f. — auch dem nicht muthwilligen Skeptiker nicht genügen dürften.

Wenn „trotz“ Chromwassers Erscheinungen der Allgemeinsyphilis auftreten, so constatirt Herr Güntz unter Einem, dass die Erscheinungen der Syphilis träge sind und — frühzeitige Neigung zur Heilung zeigen.

In einem Falle (Nr. 27) trat „trotz einer grossen Menge verbrauchten Chromwassers ein maculöses Exanthem“ auf. „An der Geschwürsnarbe schwache Induration. Das Exanthem zeigte gleich beim Auftreten einen sehr trockenen Charakter (!) und intensivere Abschuppung (!!), welches Verhalten auch hier den gleichzeitigen Rückbildungs- und Heilungsprocess andeutet“.

Wie wenig genau es Herr Güntz mit seinen Krankengeschichten nimmt, ist noch aus anderen Widersprüchen zu entnehmen. In Fall 8 berichtet er: „Condylom so gut wie beseitigt“ — und 4 Zeilen darunter, nachdem noch 5 Flaschen Chromwasser getrunken waren — „die letzten Härten der Aftercondylome im langsamen Erweichen und Vernarben begriffen“.

Fall 9. „Am 96. Tage deutlich syphilitisch papulöses Exanthem unter Fieber; am 100. Tage die Symptome der Syphilis fast geschwunden — am 174.—180. Tage bemerkte man an den Mundwinkeln und an den Mandeln deutliche, blasse, schlaffe, syphilitische Plaques, so dass nunmehr der Charakter der Krankheit zweifellos war“.

Ermangelt die Mehrzahl der Krankengeschichten der Kriterien einer exacten, nüchternen Naturbeobachtung, so geben doch einzelne Zeugniss von einem ganz besonders feinen Distinctionsvermögen, indem nicht nur das Auftreten syphilitischer Plaques constatirt, sondern auch gleichzeitig deren „Neigung“ sich zurückzubilden notificirt wird — freilich erst, nachdem Chromwasser getrunken wurde.

Wenn der Verfasser nun endlich selbst in einzelnen Fällen von weichen, fressenden Geschwüren und weichen Schankern spricht, und selbe zur Beweisführung für die Wirksamkeit seines Chromwassers in die Tabellen einfügt — dann wird man allerdings über die Genesis seiner überaus günstigen percentualischen Verhältnisse vollends ins Reine gekommen sein.



Nach Lesung der 71 Krankengeschichten der Fälle, in welchen eine Aetzung der Geschwüre nicht stattfand, stimmen wir dem Verfasser gerne bei, wenn er die Mittheilung der 14 Fälle, in welchen eine Aetzung stattfand, für überflüssig hält. Unser Urtheil über die Güntz'sche Arbeit kann auch durch weitere Krankengeschichten nicht mehr beeinflusst werden.

Was nützt der Schein der strengen Wissenschaftlichkeit, womit der Autor in den ersten Seiten seiner Broschüre nach einer Richtung hin Kritik übt, wenn das Krankenmaterial ein so kunterbunt durcheinander geworfenes ist, wie das des Herrn Güntz? Was nützt die lange Beobachtungsdauer, auf die der Autor sich so viel zu Gute thut, wenn sie sich auf den Verlauf exquisit weicher Schanker bezieht?

So müssen wir denn fürchten, dass auch im doppeltchromsauren Kali nicht jenes ideale Heilmittel der Syphilis gefunden ist — die vorliegende Arbeit gibt wenigstens keine Anhaltspunkte dafür — und Herr Güntz wird auch fernerhin die Bereitungsweise seines Chromwassers verschweigen dürfen, ohne Schaden für die leidende Menschheit und ohne dem „Muthwillen" oder „Skepticismus" Uebelwollender zum Opfer zu fallen.



Nekrolog.

Oscar Simon †.

Der ausserordentliche Professor der Dermatologie an der Universität Breslau, Dr. Oscar Simon, ist am Morgen des 2. März 1882 nach 3monatlichem schwerem Krankenlager dahingeschieden. Ihm selber bis zum letzten Moment unerwartet, von seinen Aerzten und den ihm Nahestehenden nur allzudeutlich vorausgesehen, entraffte ihn der Tod im kaum vollendeten 37. Lebensjahre, und mit ihm reiche Hoffnungen, die sich an sein Wirken als umsichtiger Forscher, als gewissenhafter Lehrer und als wahrhaft edel denkender Mensch geknüpft hatten!

Oscar Simon wurde am 2. Jänner 1845 zu Berlin als jüngstes einer grösseren Zahl von Geschwistern geboren. Seinen Vater, Besitzer eines bekannten buchhändlerischen Geschäftes, hatte er das Unglück früh zu verlieren, bereits im Jahre 1856. Sonst verlebte er eine ruhige und glückliche Jugend; so dass er den Grund legen konnte zu jener eminenten Harmonie der Empfindungs- und Verstandeskräfte, zu der glücklichen Amalgamirung einer einerseits bis ins Detail praktischen, anderseits ausgesprochen idealen Lebensauffassung, die Keinem entgehen konnte, der auch nur auf kurze Zeit das Glück genoss, ihm näher zu treten.

Nach Ablauf seiner Gymnasialbildung entschloss er sich zum Studium der Medicin und blieb auch während seines ganzen Universitätsstudiums in Berlin. — Nur ab und zu unterbrach eine Ferienreise zu den Kunstschätzen Italiens und Belgiens und zu den Naturschätzen der deutschen und schweizer Gebirge seine Studien. — So befestigte eine reiche Erndte an nachhaltigen Eindrücken seinen stets auf das Schöne gerichteten Sinn, und so erwarb er sich jene vorzüglichen Kenntnisse fremder Nationalitäten, ihrer Sprache, Literatur und

Kunst, die ihm bis zur letzten Stunde die lohnendste Freude gewährten.

Nach beendetem Staatsexamen und Promotion, (die Doctordissertation behandelte die „Selbstwendung der Frucht"), genügte er zunächst während des Jahres 1868—69 zu Berlin seiner Militärpflicht und begab sich dann auf Traube's Rath nach Wien, mit der ausgesprochenen Absicht, sich unter Hebra's Leitung in der Dermatologie auszubilden.

Aus seinen dortigen Studien riss ihn im Sommer 1870 Frankreichs Kriegserklärung heraus. Als Unterarzt zog er ins Feld und machte mit einer schleswig-holstein'schen Batterie den ganzen Feldzug von Anfang bis zu Ende mit. Vor Orleans wurde er auf dem Schlachtfelde mit dem Eisernen Kreuze decorirt und mit Stolz sah er stets zurück auf diese erinnerungsreiche Zeit. Bei seinen Erzählungen kam ihm neben seinem vorzüglichen Gedächtniss noch ein Tagebuch zu Hilfe, in welches er mit grosser Gewissenhaftigkeit die Begebenheiten eines jeden Tages in Feindesland notirt hatte.

Gleich nach seiner Rückkehr in die Heimath im Juli 1871 suchte er wieder das ihm liebgewordene Wien und die Hebra'sche Klinik auf und blieb daselbst bis zum Jahre 1873. — Dann habilitirte er sich in Berlin als Privatdocent der Dermatologie. Seine Habilitationsschrift „Ueber die Localisation der Hautkrankheiten" führt seinen Namen in glänzender Weise unter die hervorragendsten Autoren des Faches ein. Doch hat er die nächsten Jahre hindurch nicht seine Hauptkraft in literarische und Forscher-Thätigkeit eingesetzt, obwohl mancherlei kleinere Aufsätze in verschiedenen Zeitschriften zerstreut von seiner Feder sich vorfinden, sondern es zunächst als sein Hauptziel erkannt, der Lehre und Auffassung des Wiener Altmeisters in Deutschland Verbreitung zu verschaffen. Rege war seine Lehrthätigkeit und von Semester zu Semester wuchs die Zahl der Zuhörer und der hilfesuchenden Kranken. — In diese Zeit fällt auch seine Heirath mit einer Verwandten aus Hamburg und in das Jahr 1876 die Geburt seines einzigen Töchterchens.

Was Gatten sich gegenseitig sein können, war an dieser Ehe kenntlich, und glücklich preise ich den, der täglich miterleben durfte, mit welcher rührenden und aufopfernden Hingebung die Gattin bis an's Ende fast allein die Pflege des nicht immer leicht zu befriedigenden Kranken versehen hat. Und auch in diese Zeit fällt bereits

der erste Anfang von Simon's 6 Jahre langem Siechthum. 1876 stellten sich die ersten Symptome eines Magenleidens ein, mit allen jenen mannigfachen Einflüssen eines gastrischen Zustandes auf die allgemeine Stimmung. Sommerliche Reisen ins Gebirge und an die See, rege körperliche Uebung — Simon war Präses des akademischen Turnvereines — ein mannigfach, besonders auch durch liebevolle Pflege der classischen Musik angeregtes Leben, brachten ihm zwar immer wieder neue Frische, aber der Todeskeim war, wie wir es jetzt erkennen, wohl bereits gesäet!

Im Frühjahre 1878 erfolgte Simon's Berufung nach Breslau, um die durch Köbner's Erkrankung vacant gewordene Lehrkanzel für Dermatologie und Syphilis zu übernehmen. Schweren Herzens trennte er sich von seiner Vaterstadt, seinem Freundeskreise, seiner regen Lehrthätigkeit und seiner bereits stattlich erblühten consultativen Praxis. Hier in Breslau galt es nicht etwa die Uebernahme eines bereits fundirten und geregelten Institutes, sondern die vollständige Einrichtung einer Klinik in kaum zulänglichen Räumen des Allerheiligen-Hospitales und die Gründung einer Poliklinik.

Mit Unterstützung seines damaligen Assistenten Dr. Neisser gelang es ihm, die Entwickelung dieser Schöpfungen erstaunlich schnell und sicher zu fördern; und dass jetzt nach gerade 4 Jahren die Breslauer dermatologisch-syphilitische Klinik und Poliklinik so consolidirt und von der Landes- und Provinzial-Regierung so verhältnissmässig reichlich dotirt dastehen, ist Simon's grosses Verdienst. Mit unermüdlicher Rührigkeit, mit manchmal etwas pedantisch erscheinendem, aber schliesslich doch zweckmässigem und erfolgreichem Organisationsgeschick, mit feinem Tactgefühl manche Klippe umschiffend, die dem jungen Unternehmen seitens der nicht ganz leicht zu nehmenden hiesigen Hospitalverhältnisse drohten, hat Simon, bis seine Krankheit ihn übermannte, seinen Pflegling gehütet. Und auch hier konnte er seine Lust am Lehren reichlich bethätigen. Die geistreiche, bald historisch gründliche, bald mehr in hohem Gedankenfluge sich ergehende, bald kritisch raisonnirende und bald das kleinste praktische Detail erfassende Art seines Vortrages, die liebenswürdige Manier, die weniger befähigten Praktikanten auf die Lücken ihres Wissens aufmerksam zu machen, die sorgfältig vor jeder klinischen Vorlesung arrangirte Auswahl der Demonstrationen von Bilderwerken, von makroskopischen und mikroskopischen Präparaten, und vor Allem von dem

reichen lebenden Material der Klinik und Poliklinik, alles dieses machte seine Vorlesungen zu den beliebtesten. In einer Richtung insbesondere war seine klinische Thätigkeit noch besonders fruchtbringend: Den bereits praktisch thätigen Aerzten waren aus ihrer Studienzeit her die Kenntniss der Hautkrankheiten und die wissenschaftliche Auffassung derselben noch keineswegs so in succum et sanguinem übergegangen, wie es zum Wohle ihrer Patienten und im Interesse der Fortbildung der Disciplin dienlich gewesen wäre.

Da ist entschieden Simon, der kundige und gewandte Interpret der Hebra'schen Lehren, als Pionnier aufgetreten. Auf seine ausschliessliche Anregung hin und trotz mannigfacher Schwierigkeiten musterhaft eingerichtet, versammelten seit einigen Jahren alljährlich herbstliche Fortbildungscurse eine stattliche Schaar von Aerzten aus fern und nah an die Breslauer Hochschule, und keine der klinischen Vorträge und Demonstrationen war so besucht, wie gerade die seinen. Die viva vox des Unterrichts und Vortrags galt ihm auch immer besonders hoch und wichtig. Er war kein Freund des allzufertigen Veröffentlichens; doch reiften manche Gedanken in ihm heran, von denen die ihm wissenschaftlich Nahestehenden nur vermuthungsweise wussten, und die jetzt mit ihm zu Grabe gegangen sind, falls sich nicht, wie zu hoffen steht, nachgelassene Aufzeichnungen vorfinden. Soviel geht sicher aus einer Unterredung hervor, die er noch am Tage vor seinem Tode mit uns Assistenten pflog, dass er, da er nie anders als an eine vollständige Wiederherstellung seiner Gesundheit dachte, im kommenden Herbste in erneuter Verbindung mit Wien sich prominenter als bisher literarisch zu bethätigen dachte. Auch ist sein letztes Schriftstück ein am Tage vor dem Tode verfasster Entwurf zu einer diesbezüglichen Anfrage in den Wiener dermatologischen Kreisen.

Ueber den Verlauf der Krankheit berichte ich noch kurz Folgendes. Die Symptome seitens des Magens nahmen in den letzten zwei Jahren einen zu Zeiten heftigeren Charakter an, ohne jedoch jemals auf ein bestimmtes Leiden hinzudeuten. Dabei litt die Gesammtconstitution so auffällig, dass man allgemein die Befürchtung aussprechen hörte, es handle sich um Phthise. Auch mag Simon selber nicht frei von dieser Angst gewesen sein, und suchte sich bei den verschiedensten ärztlichen Autoritäten Aufklärung über seinen Zustand und Hilfe zu verschaffen. Von einer schweren Attake intensiverer



gastrischer Störungen im Herbst 1880 erholte er sich wieder einigermassen. Die freie Zeit des vergangenen Sommers verbrachte er so viel wie möglich in der schönen Natur Charlottenbrunns und bereitete sich eifrigst vor zur Theilnahme am internationalen Congress in London und zu einer ausgedehnten Reise durch England, für welches Land er durch das Studium seiner Geschichte und Literatur schon lange Sympathien erworben hatte. In London betheiligte er sich eifrigst an den Sitzungen der dermatologischen Section, theils fleissig in die Discussion eingreifend, theils durch einen Vortrag über Balonoposthomykosis. Auch wurde er in die auf Dr. Bulkley's Antrag niedergesetzte Commission zur Revision der Systematik und Nomenclatur der Dermatosen gewählt. Ein schwerer Trauerfall in der Familie seiner Gattin rief ihn plötzlich ab und erlaubte ihm nicht, manche neugeschlossene Freundschaft zu befestigen, noch seine Pläne einer englischen und schottischen Reise zu verwirklichen.

Gemüthlich und körperlich schwer erschüttert eilte er nach Hamburg, und suchte dann noch bis Mitte September in den geliebten Schweizer Bergen Erholung. Kränker als er fortgegangen kam er zurück, nahm sich aber noch eifrigst seiner Schöpfung, des Aerzteferiencursus an, und docirte, unermüdlich den mannigfaltig Fragenden Rede und Antwort stehend, vier Wochen lang.

Unmittelbar an diesen Cursus schloss sich der Beginn des akademischen Semesters und unter Mühen und Kämpfen gegen die zunehmende Schwäche hielt er noch bis zum 29. November seine klinischen Vorlesungen. Am nächsten Abend legte er sich, um sein Krankenbett nicht mehr zu verlassen. Rasch trat ein Verfall der Kräfte ein, und bald entwickelten sich die Symptome einer chronischen Peritonitis. In der letzten Woche des alten Jahres und am Neujahrstage schienen schwere Hauterscheinungen das Ende herbeiführen zu wollen; am 2. Januar, an seinem 37. Geburtstag, trat dann plötzlich eine so auffallend kritische Wendung zum Besseren ein, dass er selber und seine Angehörigen von neuen Hoffnungen beseelt wurden. Mit regem Eifer warf sich Simon während der nun eintretenden scheinbaren Reconvalescenz auf die Vorbereitungen zu einer Reise nach Italien. Seine Krankenstube wurde zu einer Studirstube für Kunstgeschichte und stundenlang liess er sich ununterbrochen ein Quellenwerk und Bilderfolianten nach dem anderen reichen. Bis zu dem letzten Tage dauerte diese subjective Euphorie; trotzdem

dem aufmerksamen Beobachter nicht entgehen konnte, wie von Tage zu Tage die Kräfte abnahmen. Mittwoch den 1. März Mittags sprach er noch lebhaft, wie erwähnt, über seine literarischen Pläne für den Herbst, Abends collabirte er plötzlich, wurde Nachts bewusstlos, und hauchte Morgens 9 Uhr ohne Spur von Todeskampf seinen regen Geist aus.

Die am anderen Tage ausgeführte Section ergab eine chronische Peritonitis mit serösеitrigem Exsudat, mit starker Retraction des Mesenterium und des Omentum und einen in seiner Totalität bis auf den freien Pylorus carcinomatös entarteten Magen; Lungen und Nieren waren ganz gesund; Herz und Leber in sehr stark ausgesprochener brauner Atrophie.

An einem schönen Frühlingstage wurde der mit von fern und nah gesandten Blumen reich geschmückte Sarg unter allgemeiner Betheiligung der Universitätslehrer, des Magistrats, der Studentenschaft und vieler in den vier Jahren seines hiesigen Wirkens von Simon erworbenen Freunde zum Centralbahnhofe überführt und während der Nacht nach Berlin gebracht, um am anderen Tage dort auf dem Dorotheenstädtischen Friedhofe bestattet zu werden. Friede seiner Asche und ein ehrendes Andenken dem idealen Streben eines edlen Menschen!

Dr. E. Arning,
Assistent der syphil.-dermatolog. Universitäts-Klinik zu Breslau.

Die uns bekannten fachwissenschaftlichen Arbeiten Simon's, an welchem auch diese Vierteljahresschrift einen ihrer hervorragendsten Mitherausgeber und Mitarbeiter verliert, enthält das nachfolgende Verzeichniss:

1. Dr. E. Geber in Wien und Dr. O. Simon in Berlin: Zur Anatomie des Xanthoma palpebrarum. Dieses Archiv, 1872. Mit einer Tafel.
2. Die Localisation der Hautkrankheiten, histologisch und klinisch bearbeitet. Mit 4 Tafeln. Berlin 1873, bei Hirschwald.
3. Ueber das Molluscum contagiosum. Vortrag gehalten in der physiologischen Gesellsch. zu Breslau am 19. Mai 1876.



4. Ueber multiple cachectische Hautgangrän. Vortrag geh. in der schles. Ges. für vaterl. Cultur in Breslau, am 20. Sept. 1878.
5. Ueber Prurigo und die Behandlung derselben mit Pilocarpin. Vortrag geh. in der schles. Ges. für vaterl. Cultur in Breslau, am 25. Juli 1879.
6. Ueber die Einführung der animalen Vaccine. Vortrag geh. in der schles. Ges. für vaterl. Cultur in Breslau am 17. October 1879.
7. Ueber Maculae coeruleae (Taches ombrées, Taches bleues). Vortrag mit Krankenvorstellung) gehalten in der medicin. Section der schles. Ges. f. vaterländ. Cultur am 29. April 1881.
8. Ueber Balonopostho-Mykosis. Vortrag geh. am internat. medic. Congress in London 1881.

Die Redaction.



Bibliographie des Jahres 1881.

Dermatologie.

Zweites Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1881, pag. 713 ff.)

Alison, Ueber Vaccination. Gaz. hebd. 2. S. XVIII. 27.

d'Ambrosio, Seltene Form von Hautkrebs. Il Movimento med.-chir. XIII. 3. p. 164. Marzo.

Antony, Ueber die Ursachen der verschiedenen Resultate der Vaccination. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3 S. XXXVII. p. 271. Mai—Juin.

Argeliès, Ueber Vaccination u. Revaccination. Gaz. d. Hôp. 61.

Atkinson, J. E., Ueber das Kerion-Stadium der Tinea tonsurans. Transact. of the Amer. dermatol. Assoc. IV. p. 62.

Balzer, F., Ueber Favus u. Trychophytie. Arch. gén. 7. S. VIII. p. 385. Oct.

Baruch, Max, Chronisches, genau symmetr. Ekzem. Berl. klin. Wchnschr. XVIII. 16.

Bax, Fall von Sklerodermie. Gaz. de Par. 34. p. 483.

Beach, Fletcher, Revaccination mit Kalbslymphe. Brit. med. Journ. June 18. p. 966.

Behrend, Gustav, Ueber Pityriasis rosacea (Gibert), maculata u. circinata (Bazin). Berl. klin. Wochenschr. XVIII. 38. 39.

Behrend, Gustav, Zur Pathogenese u. Behandl. d. Acne disseminata u. d. Sykosis. Deutsche med. Wochnschr. VII. 20.

Bergeron, Epidemie von Trychophyton. Bull. de l'Acad. 2. S. X. 22. p. 710. Mai 31.

Bergh, R., Bericht über die Abtheilung für Hautkrankh. und Syphilis im allgem. Hospital in Kopenhagen für 1880. Hosp.-Tidende 2. R. VIII. 35. 36. 38.

Blot, Ueber obligat. Vaccination u. Revaccination. Bull de l'Acad. 2. S. X. 14. 15. 16. 17. 18. p. 429. 463. 492. 523. 554. Avril 5. 12. 19. 26., Mai 3.



Bodie, William, Ueber Rötheln. Michig. med. News IV. 13; July.

Boeck, C., Lichen planus. Norsk Mag. 3. R. XI. 4. Forh. S. 35.

Bonfigli, Clodmiro, Le questioni sulla pellagra. 8. 136 pp.

Boschulte, Ueber Scharlachansteckung. Virchow's Arch. LXXXIV 3. p. 569.

Braithwaite, James, Ueber Behandlung häufig wiederkehrender Gesichtserysipele. Brit. med. Journ. April 30. p. 681.

Broberg, J. V., Zur Geschichte d. Pocken u. ihrer Behandlung. Hygiea XLIII. 5. 6. S. 253. 287.

Bulkleys, Ueber Behandlung des Ekzems an Hand und Gesicht. Transact. of the Amer. dermatol. Assoc. IV. p. 55. — Lichen planus penis. Ibid. p. 76.

Bull, O. B., Ueber Schleimhautaffectionen b. Spedalskhed. Norsk Mag. S. R. XI. 6. Forh. S. 84.

Byers, John W., Ueber Rötheln. Brit. med. Journ. July 16.

Campana, Roberto, Fall von Lepra tuberculosa et anaesthetica. Arch. per le Sc. med. IV. 19. p. 413.

Campano, Roberto, Ueber Lepra Ann. univers. Vol. 255. p. 389. 409. Aprile, Maggio.

Cantani, Progressive Hautatrophie. Gazz. Lomb. 8. S. III. 27. p. 267.

Carpenter, William B., Ueber Vaccination u. Revaccination. Lancet I. 22; May p. 889.

Carpentier, Variola haemorrhagica. Presse méd. XXXIII. 31.

Du Castel, Ueber Anwendung d. Aether u. Opium b. Behandl. d. Variola. Bull. de l'Acad. 2. S. X. 36. p. 1081. Sept. 6. — Bull. de Thér. Cl. p. 241. Sept. 30.

Catrin, Ueber Behandl. d. Urticaria mit Atropin. Bull. de Thér. C. p. 361. Avril 30.

Cavafy, Fall vom Bromausschlag. Lancet. I. 19; May p. 735.

Celoni, Pietro, Ueber Scarlatina u. Nephritis scarlatinosa bei Kindern. Riv. clin. 3. 4. 5. pag. 129. 218. 272. Marzo, Aprile, Maggio.

Charteris, M., Chrysophansäure gegen Psoriasis. Lancet I. 17; April.

Clémenceau de la Loquerie, Ueber Behandl. d. Krätze. Ann. d'Hyg. 3. S. VI. p. 40. Juillet.

Collier, John, Zur Aetiologie der Alopecia areata u. ihr Vorkommen mit Tinea tonsurans. Lancet I. 24; June.

Cook, H. D., Elephantiasis des Scrotum. Edinb. medic. Journ. XXVI. p. 986. May.

Coombs, Carey, Ueber Behandl. d. Hautnaevi. Lancet II. 9; Aug.

Cottle, Wyndham, Chaulmoogra-Oel u. Gynocardiumsäure gegen Hautkrankh. Brit. med. Journ. June 25.

Crocker, H. Radcliffe, Ueber d. Contagium d. Impetigo contagiosa. Lancet I. 21; May.

Crocker, H. Radcliffe, Ueber Lichen und dessen verschiedene Formen. Lancet II. 3; July.

Déjérine, J., Ueber die Veränderungen der Hautnerven bei Vitiligo. Progrès méd. IX. 29. p. 567. — Gaz. de Par. 30. p. 427.

Déjérine, J., und Leloir, Veränderungen der Hautnerven bei acutem Decubitus. Gaz de Par. 16. p. 226.

Duhring, Louis A., Instrument zur Entfernung überflüssiger Haare. Americ. Journ. of med. Sc. CLXIII. p. 142. July.

Duhring, Louis A., Pityriasis maculata et circinata. Transact. of the Amer. dermatol. Assoc. IV. p. 51.

Fabre, Paul, Ueber d. Krätze auf d. Lande. Ann. d'Hyg. 3. S. V. 6. p. 521. Juin.

Folinea, F., Carbolsäure-Injectionen gegen Erysipelas. Gazz. Lomb. 8. S. III. 31. p. 303.

Foot, Arthur Wynne, Ekzem a. d. Hand. Dubl. Journ. LXXII. p. 100. August.

Fox, T. Colcot, Ueber Herpes iris nach Bateman. Lancet I. 16; April.

Fraser, Manson, Ueber Behandl. d. Scharlachfiebers m. Bädern. Practitioner XXVII. 1. p. 34. July.

Frazer, W., Jodoform gegen Hautkrankheiten u. Crotonöl gegen Porrigo decalvans. Brit med. Journ. July 16.

Glogowski, Zur Impffrage. Deutsche med. Wochnschr. VII. 27.

Glück, H., Elephantiasis d. Oberlippe. Wien. med. Presse XXII. 34. p. 1074.

Goschler, A., Fälle von anormalem Verlauf der Scarlatina. Prag. med. Wochnschr. VI. 39.

Graham, Jas. E., Fall von Skleroderma. Transact. of the Amer. dermatol. Assoc. IV. p. 46.

Graham, J. E., Elephantiasis Arabum des Penis und Scrotum, behandelt mit Chaulmoogra-Oel. Michigan med. News IV. 11; June.

Granjux, Einschleppung einer Variolaepidemie. Revue d'Hyg. III. 9. p. 738. Sept.

Greenough, F. B., Herpes progenitalis. Transact. of the Amer. dermatol. Assoc. IV. p. 41.

Greve, M. S., Scarlatina u. Rubeola. Tidsskr. für prakt. Med. 8.

Güntz, J. Edmund, Ueber Heilung des Ekzems mit Kienruss. (Fuligo.) Memorabilien XXVI. 4. p. 228.

Guibout, Ueber Herpetismus, Gaz. des Hôp. 75.

Guibout, Ueber den vorherrschenden Charakter der Hautkrankh. bei Kindern u. bei Greisen. Gaz. des Hôp. 89. 101.

Hardaway, W. A., Papillom d. Haut. Transact. of the Americ. dermatol. Assoc. IV. pag. 39.

Harlingen, Arthur van, Ueber Arzneiexantheme. Transact. of the Americ. dermatol. Assoc. IV. p. 31.

Haughton, Edward, Spontane Pocken. Lancet I. 23; June p. 933.

Heitzmann, Carl, Ueber Epilation. Transact. of the Americ. dermatol. Assoc. IV. p. 72.

Heitzmann, Carl, Ueber Geschwülste der Haut. Transact. of the Amer. dermatol. Assoc. IV. p. 38.

Hertzka, E., Fall v. Xanthom. Berl. kl. Wochnschr. XVIII. 39.

Hervieux, Ueber d. Vaccination in Frankreich im Jahre 1879. Bull. de l'Acad. 2. S. X. 28. p. 894. Juillet 12.

Hervieux, Ueber animale Vacciuation. Bull. de l'Acad. 2. S. X. 32. 34. p. 1014. 1055. Août 9. 23.

Jamieson, W. Allan, Neuere Fortschritte in der Behandl. d. Hautkrankheiten. Practitioner XXVII. 3. p. 183. Sept.

Impfungen u. Wiederimpfungen im K. Sachsen 1880. Corr.-Bl. d. ärztl. Kr.- u. Bez.-Ver. in S. XXXI. 3.

Kalischer, G., Fall von verallgemeinerter Vaccine. Deutsche med. Wochnschr. VII. 38.

Kaposi, M., Ueber Bromakne. Wien. med. Presse XXII. 18. p. 573. — Naphtol gegen Hautkrankh. Das. 20. p. 638. — Wien. med. Wochnschr. XXI. 22. 23. 24.

Koren, Aug., Ueber Scharlachfieber (Nierenaffectionen). Norsk Mag. 3. R. XI. 5. S. 301.

Küster, Konrad, Eigenthümlicher Ausschlag beim Scharlach. Berl. klin. Wochnschr. XVII. 27. p. 395.

Kuhpockenimpfung in Holland im Jahre 1880. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 24.

Kurz, Edgar, Elektricität bei Hautkrankheiten. Deutsche med. Wochnschr. VII. 33.

Landowski, Paul, Ueber einige Complicationen d. Scarlatina. Journ. de Thér. VIII. 14. p. 531. Juillet.

Langerhans, P., Zur Behandl. d. Lepra. Virchow's Arch. LXXXV. 3. p. 597.

Lediard, Henry A., Fall von Myxödem. Lancet I. 18; April.

Leloir, Henri, Ueber Hautaffectionen trophischen Ursprungs. Arch. de Physiol. 2. S. VIII. 3. p. 391. Mai—Juin.

Leloir, H. u. L. Brocq, Veränderungen der Hautnerven beim Pemphigus diutinus. Gaz. de Par. 15. p. 211.

Leudet, Ueber d. Erkrankungen während d. Reconvalescenz von Variola in einer Epidemie zu Rouen im J. 1880. Arch. gén. 7. S. VII. p. 641. Juin.

Ligue, internationale des antivaccinateurs. Compte rendu de la première session contre la vaccination obligatoire. Paris. Bureau du Reveil méd. 8. 112 pp.

Lindseth, E. B., Ueber Pockenansteckung. Tidsskr. für prakt. Med. 14.

Lindseth, Ueber Vaccination. Tidsskr. f. prakt. Med. 14.

Lloyd, Jordan, Acute Urticaria nach einer einzigen Gabe Jodkalium. Brit. med. Journ. May 21. p. 804.

Long, Variola im Cantonalhospital in Genf. Revue méd. de la Suisse Romande I. 4. p. 205.

Lubanski, Ueber obligator. Vaccination. Revue milit. de méd. et de chir. I. 2. p. 81. Mai.

Lucas, John C., Ueber d. Kandahar-Geschwür. Brit. med. Journ. July 30. p. 160.

M'Calman, Dove, Skleroderma adultorum. Glasgow med. Journ. XVI. 4. p. 257. Oct.

Malherbe, Albert, Ueber das calcificirte Epitheliom der Talgdrüsen. Arch. de Physiol. 2. S. VIII. 4. p. 529. Juillet—Août.

Masern, Verbreitungsweise. Aerztliche Mittheilungen aus Baden. XXXV. 8.



Maturi, Rafaele, Ueber Bäder bei Hautkrankheiten u. Syphil. Movim. med.-chir. XIII. 6. Appendice p. 49.

Mazzitelli, Pietro, Vorschlag zu einer Heilungsmethode der Dermatomykosen. Il Movimento med.-chir. XIII. 3. p. 151. Marzo.

Meissner, Caesar, Beobachtungen über vaccinales Früherysipel. Inaug.-Diss. Halle a. S. 1880. 28 S.

Mercer, A. Clifford, Ueber Myxödem. New-York med. Record XIX. 16; April.

Meyer, Lothar, Die Wiederimpfungen auf Grund des Reichs-Impfgesetzes. Deutsche med. Wochnschr. VII. 42.

Morvan, Cachexia pachydermica (Myxödem). Gaz. des Hôp. 110. — Gaz. hebd. 2. S. XVIII. 34.—37.

Naturwirkung, Die wahrscheinliche, b. Schutzpocken-Impfen. Für Impfgönner wie für Impfgegner. Bern. Haller. 8. 20. S.

Näcke, P., Zur Pathogenese d. Albinismus partialis acquisitus (Vitiligo). Berl. klin. Wochnschr. XVIII. 36.

Neisser, Albert, Zur Aetiologie d. Lepra (vorl. Mittheilung). Virchow's Arch. LXXXIV. 2. p. 514.

Newham, Thomas, Ueber Vaccination. Lancet I. 23; June.

Nicolson, Fraser, Ueber eine Pockenepidemie. Lancet. II. 9; August.

Nourney, Adolf, Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Impfung. Inaug.-Diss. Strassburg. 8. 48 S.

Parker, R. W., Scharlach; Empyem; Adspiration; Heilung. Med. Times and Gaz. April 16. p. 429.

Pocken, Uebersicht über die Erkrankungen und Todesfälle an solchen in Bayern im J. 1880. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVIII. 24. —, in Berlin. Deutsche med. Wochnschr. VII. 20.

Potain, Herpetisches Fieber. Gaz. des Hôp. 63.

Profeta, Giuseppe, Ueber Tinea areata. Giorn. internaz. delle Sc. med. III. 1. p. 62.

Reissner, Ueber Aufbewahrung d. animalen Impfstoffs. Deutsche med. Wochnschr. VII. 30.

Riedell-Saillard, Georges, Cachexia pachydermica (Myxödem). Gaz. des Hôp. 107.

Riehl, Gustav, Ueber die Anwendung des Jodoform b. Lupus vulgaris. Wien. med. Wochnschr. XXXI. 19.

Roth, Theod., Ueber Schweisssucht. Memorab. XXVI. 7. p. 400.



Rothmann, Fall von Synovitis scarlatinosa suppurativa. Ztschr. f. klin. Med. III. 2. p. 408.

Roussel, Théophil, Pellagra u. Pseudopellagra. Bull. de l'Acad. 2. S. X. 27. p. 868. Juillet 5.

Sangster, Alfred, Ueber Behandl. d. Lupus mittelst Scarification u. Punction. Practitioner XXVII. 1. p. 26. July.

Sangster, Fälle von Hautkrankheiten. Med. Times and Gaz. June 25. p. 701.

Saundby, Robert, Fälle von übermässigem Schwitzen. Med. Times and Gaz. May 14.

Schilling, P., Ueber Herpes u. Herpetismus. Giorn. internaz. delle Sc. med. III, 1. p. 65.

Schnitger, Ueber animale Impfung. Deutsche med. Wochnschr. VII. 22. p. 230., 34. p. 332.

Sholl, Edward H., Ueber Erysipel. Philad. med. and surg. Reporter XLV. 7. p. 175. Aug.

Simon, Oscar, Ueber Maculae caeruleae (durch Körperläuse bedingt). Bresl. ärztl. Zeitschr. III. 14. p. 163.

Smith, Walter G., Zur Behandlung der Hautkrankheiten. (Calomelräucherungen. — Akne). Dubl. Journ. LXXI. p. 395. May.

Smith, Walter G., Fälle von Brüchigkeit der Haare. Transact. of the Amer. dermatol. Assoc. IV. p. 76.

Spillmann, Ueber mechan. u. chir. Behandl. d. Hautkrankheiten. Gaz. des Hôp. 50.

Squire, Balmanno, Ueber Behandl. d. Impetigo larvalis mit Jodoformpulver. Brit. med. Journ. May 14. p. 767; June 4. p. 881.

Startin, James, Ueber „trop. Ringworm" oder Fungus d. Haut. Lancet I. 19; May.

Strümpell, Adolf, Ueber Erythema nodosum. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXIX. 1. u. 2. p. 207.

Thackeray, W. T., Idiopath. Erysipelas. Therapeut. Gaz. N. S. II. 8. p. 286. Aug.

Thin, George, Zur Pathologie d. Psoriasis. Brit. med. Journ. July 30.

Thost, Arthur, Ueber erbliche Ichthyosis palmaris et plantaris cornea. Inaug.-Diss. Heidelberg 1880. 8. 37 S.

Unna, Hochgradige Alopecia acuta. Deutsche med. Wochnschr. VII. 41. p. 565.



Vaccination, animale. Bull. de l'Acad. 2. S. X. 28 p. 906. Juillet 12. — Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 35.

Vallin, E., Ueber das Hospitalschiff „Atlas" für Pockenkranke in London. Revue d'Hyg. III. 8. p. 645. Août.

Vallin, E., Ueber die Pockenhospitäler in London. Revue d'Hyg. III. 4. p. 273.

Virchow, Rud., Der Aussatz auf der iber. Halbinsel. Virchow's Arch. LXXXIV. 2. p. 417.

Vogt, Adolf, Der alte u. d. neue Impfglaube. Bern. J. Dalp'sche Buch- und Kunsthandlung 8. XII u. 278 S.

Vroesom de Haan, J., Ueber d. Kuhpockenimpfung in Rotterdam. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 28.

Warlomont, Ueber animale Vaccination. Presse méd. XXXIII. 34. 35.

Weill, Jacob, Ueber Revaccination. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXVII. p. 397. Juillet—Aout.

Westerlund, E., Neues Mittel gegen Elephantiasis Graecorum. Upsala läkarefären förh. XVI. 1. S. 76.

White, James C., Ueber Anwendung d. Elektrolyse b. Behandlung d. Hirsuties. Boston med. and surg. Journ. CIV. 18. p. 413. May.

White, James C., Ueber d. Leprose in d. Vereinigten Staaten. Transact. of the Amer. dermatol. Assoc. IV. p. 65.

Wijckerheld, Bisdom, Fall von acut verlaufendem Pemphigus b. einem Erwachsenen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië X. S. X. 2. p. 281.

Wirtz, A. W. H., 8. Jahresbericht über die Gewinnung von Vaccinelymphe an der Vieharzneischule zu Utrecht im J. 1880. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 29.

Wölfler, Anton, Ueber einen Fall von Sklerodermie und Onychogryphosis. Ztschr. f. Heilk. II. 1. p. 1.

Yemans, C. C., Chloasma; Vitiligo; Phytosis. Michigan med. News IV. 15 p. 233. Aug.

Zesas, Denis G., Die Wirkung arseniger Säure auf die gesunde und kranke Haut. Inaug.-Diss. Strassburg. 8. 21. S.



Syphilis.

Zweites Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1881, pag. 717 ff.)

Althaus Julius, Ueber die Beziehungen zwischen Syphilis und Ataxie der Bewegung. Lancet II. 12. Sept.

Aufrecht, patholog. Mittheilungen. I. Heft. Magdeburg 8. VI. 216 pag.

Backer, C. L. J., Zur Bekämpfung der Syphilis. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor. Geneesk. 23.

Bergh, R., Ueber urethrit. Funiculitis. Hosp.-Tid. 2 R. VIII. 16.

Bifani, Achille, Ueber Excision d. primären Sklerose. Giorn. internaz. delle Sc. med. III. 3. p. 282.

Blakerby, J. M., Gonorrhöe behandelt mit Kava-Kava u. Yerba Reuma. Therapeutic. Gaz. N. S. II. 5. p. 167. May.

Brissaud, E., Fälle von syphilit. Orchitis. Progrès méd. IX. 27. 28.

Brissaud, E., Fälle von sklero-gummöser Orchitis syphilitica. Progrès méd. IX. 30. 35.

Bruck, Leopold, Zur Therapie der luetischen Orchitis. Wien. med. Presse XXII. 24.

Bull, Charles Stedman, Ueber die Augenaffectionen b. Syphilis des Gehirns und des Rückenmarkes. Americ. Journ. N. S. CLXII. p. 382. April.

Bull, Syphilit. Laryngitis; Tod an Glottisödem. Lancet II. 3; July p. 89.

Carter, William, Sassaparilla gegen syphilit. Cachexie. Pract. XXVI. 5. p. 357. May.

Chiari, Hans, Hochgrad. Endarteriitis luetica an d. Hirnarterien eines Mädchens von 15 Mon. bei sicher festgestellter hereditärer Lues. Wien. med. Wochnschr. XXXI. 17. 18.

Coyner, S. F. Fälle von Syphilis, behandelt mit Cascara amarga. Therap. Gaz. N. S. II. 6. p. 205. June.

Cossy, Syphilit. Pseudoparalyse der unteren Extremitäten. Progrès méd. IX. 30 p. 583.

Cowell, George, Syphilit. Papillom, das ganze Perinäum bedeckend u. auf d. Pubes sich ausbreitend. Lancet II. 9; August.

Damaschino, Syphilit. Paralyse. Gaz. des Hôp. 16.



Desprès, Syphilis simulirende Affection. Gaz. des Hôp. 61. p. 484.

Dreschfeld, a) Multiple Syphilome; Paralyse d. MM. crico-arytaenoidei postici; rasche Heilung. — b) Multiple Syphilome; Frakturen; Heilung. Med. Times and Gaz. Sept. 3 p. 282. 283.

Duplay und Brun, Ueber eine besondere Form von Arthritis blennorrhagica. Arch. gén. 7. S. VII. p. 541. Mai.

Engström, Syphil. Bronchopneumonie in beiden Lungenspitzen. Finska läkaresällsk. handl. XXIII. 2 och 3. S. 137.

Folinea, Francesco, Ueber d. traumat. Verletzungen b. Syphilitischen. Uebersetzt von L. H. Petit. Arch. gén. 7. S. VII. p. 672. Juin VIII. p. 35. Juillet.

Foot, Arthur Wynne, Tripperrheumatismus. Dubl. Journ. LXXII. p. 108. Aug.

Fournier, Ueber Osteitis d. Nase u. d. Schädels syphilitischen Ursprungs. Ann. des malad. de l'oreille et du larynx VII. 2. p. 73. May.

Fournier, Ueber d. Syphiliden der Mund- und Rachen-Schleimhaut. Gaz. des Hôp. 66.

Fussell, E. F., Ansammlungen von Eiter bei weichem Schanker unter d. Präputium als Ursache von Pyämie mit d. Anschein v. Typhus. Lancet II. 1; July.

Glück, Leopold, Ueber Syphilis hereditaria tarda. Wien. med. Presse XXII. 27, 28.

Glück, Leopold, Zur Statistik d. Schanker in der Vagina und an d. Portio vaginalis. Wien. med. Presse XXII. 32.

Gouguenheim, Ueber secundäre syphilit. Laryngitis. Gaz. des Hôp. 60. 62.

Grawitz, Fälle von Knochen- u. Eingeweide-Syphilis. Berl. klin. Wochnschr. XVIII. 32. p. 464.

Gross, S. D., Strictur d. Oesophagus syphilit. Ursprungs. Philad. med. and. surg. Reporter XLIV. 16. p. 429. April.

Güntz, J. Edmund, Ueber die Dauer d. Incubationsstadium d. constitut. Syphilis u. über einige Fälle von ungewöhnl. spätem Auftreten der Erscheinungen dieser Krankheit. Memorabilien XXVI. 7. p. 385.

Guerryer, Syphilit. Infection einer Amme durch den Säugling. (Gerichtl. Untersuchung.) Ann. d'Hyg. 3. S. VI. p. 64. Juillet.



Guyot, Lebercirrhose syphilit. Ursprungs. Progrès méd. IX. 22.

Hardy, Tertiäre bösartige Syphiliden. Gaz. des Hôp. 43.

Haslund, Alexander, Fälle von syphilit. Verwachsung der Stimmbänder und Diaphragmabildung im Pharynx. Hosp.-Tid. 2. R. VIII. 12. 14.

Heubner, O., a) Ueber articulare u. periarticulare Eiterung bei der hereditär syphilitischen Knochenaffection. — b) Pacchymeningitis haemorrhagica b. hereditärer Syphilis. Virchow's Archiv LXXXIV. 2. p. 248. 267.

Kaposi, Mor., Pathologie und Therapie der Syphilis. „Deutsche Chirurgie, herausgegeben von Billroth und Luecke. 11. Lieferung 1. Hälfte". Stuttgart. Enke 8. 224. S. mit 10 eingedruckten Holzschnitten.

Kaspar, O., Ueber subcutane Injection von Peptonquecksilber gegen Syphilis. Revue méd. de la Suisse Romande I. 6. p. 253. Juin.

Katser, S., Erfahrungen über d. Heilwirkung d. Jodsoolenkur in Hall b. Syphilis, besonders nach Gebrauch d. Mercurial- und Jodkuren. Wien. med. Wochnschr. XXXI. 17. 18.

Langenbeck, B. v., Ueber Gummigeschwülste (Granulome, Syphilome). Arch. für klin. Chir. XXVI. 2. p. 265.

Lannelongue, Ueber hereditäre Syphilis. Gaz. des Hôp. 56. p. 444; 59 p. 469.

Lay, Benj. D., Urethralschanker mit eigenthümlichem Verlaufe. Therap. Gaz. N. S. II. 5. p. 166. May.

Lechner, Carl, Zur Pathogenese d. Gehirnblutungen der luët. Frühformen. Jahrb. f. Psychiatr. Wien. Toeplitz. u. Deuticke. 8. 78 S.

Lermoyez u. A. Hitier, Ueber Anwendung der Pyrogallussäure bei Behandl. des weichen Schankers. Bull. de Thér. C. p. 403. Mai 15.

Lewin, Ueber Syphilis d. Larynx. Berl. klin. Wochnschr. XVIII. 41. p. 603.

Liandier, Fälle von Phagedänismus. Gaz. de Par. 22. 23.

Ling, Syphilit. Darmgeschwüre. Hygiea XLIII. 4. Svenska läkaresällsk. förh. S. 106.

Lubelski, Wilhelm, Ueber d. Verbreitung d. Syphilis durch die Beschneidung der Judenkinder in Polen. Revue d'Hyg. III. 7. p. 577. Juillet.

Mackenzie, John N., Selbständige Syphilis im mittleren Drittel d. Trachea. Wien. med. Jahrb. I. p. 75.



Martel, Eug., Schleimplaques im Larynx. Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. VII. 3. p. 142. Juillet.

Meola, Felice, Ueber Behandlung der Syphilis mit Rücksicht auf die Bäder von Casamicciola. Giorn. internaz. delle Sc. med. III. 2. 3. p. 166. 290.

Morrisson, Wm. H., Ausgedehnte und complicirte syphilit. Erkrankung. Philad. med. and surg. Reporter XLIV. 15. p. 401. April.

Obraszow, Veränderungen an d. Lymphdrüsen bei hartem und weichem Schanker. (Vorläufige Mittheilung.) Petersb. med. Wochnschr. VI. 30.

Oudin, Syphilitische Verengerung d. Trachea. Progrès. méd. IX. 18. p. 344.

Pancritius, F. W. T., Ueber Lungensyphilis. Erfahrungen aus d. Praxis. Berlin. Aug. Hirschwald. gr. 8. IV. 295 S.

Parrot, J., Hereditäre syphilit. Affection d. Zähne b. Kindern. Gaz. des Hôp. 94. 78.

Parrot, J., Ueber hereditäre Syphilis u. Rachitis. Progrès méd. IX. 11. 22. 23. 28.

Parrot, Ueber hereditäre Syphilis und Rhachitis (Zahnsyphilis). Progrès méd. IX. 11. 22. 23. 28. 29. Vgl. a. Gaz. des Hôp. 80. 82.

Parrot, Ueber d. Narben nach syphilitischen Plaques. Gaz. des Hôp. 109.

Pierce, F. M., Ueber d. Einfl. d. Syphilis auf das Ohr. Wien. med. Presse XXII. 37.

Raymond, Syphilitisch hemipleg. Epilepsie. Gaz. des Hôp. 113.

Reclus, Paul, Vereitertes Gumma des Hodens. Gaz. hebd. 2. S. XVIII. 36.

Renzi, Enrico de, Hirnsyphilis. Ann. univers. Vol. 251. p. 169. Agosto.

Reuling, Georg, Cascara amarga gegen Syphilis. Therap. Gaz. N. S. II. 6. p. 207. June.

Reynolds, Dudley S., Syphilit. Laryngitis. Philad. med. and surg. Reporter XLV. 10. p. 261. Sept.

Richon, Indurirter Schanker d. unteren Augenlids mit schweren secundären Affectionen. Gaz. des Hôp. 78.

Ricklin, Ueber d. Beziehungen d. Syphilis zur Bewegungsataxie. Gaz. de Par. 17.



Rigal, Heilung von einer syphilit. Hirngeschwulst abhängigen Erbrechens durch Chloroform. Gaz. des Hôp. 70.

Ritter, Ueber Syphilis der Rückenmarks. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1880—1881. p. 54.

Roe, A. J., Ueber Cascara amarga gegen Syphilis. Therap. Gaz. N. S. II. 5. p. 164. May.

Rosenthal, M., Ueber Charakteristik der Myelitis und Tabes nach Lues. Anzeiger der k. k. Ges. der Aerzte in Wien 11.

Schedler, P. C. A., Zur Casuistik der Herzaffectionen nach Tripper. Inaug.-Diss. Berl. 1880. Gust. Schade. 8. 38 S.

Seiler, Carl, Fälle von Lungensyphilis. Philad. med. and surg. Reporter XLIV. 16. p. 427. April.

Seiler, Fälle von Syphilis. Jahresber. d. Ges. f. Natur- und Heilk. in Dresden 1880—1881. p. 39.

Seiler, Syphilom (Gumma) d. Nieren. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXIX. 5 u. 6. p. 606.

Thiry, Uebertragung der Syphilis durch einen Säugling. Presse méd. XXXIII. 25.

Veraguth, C., Ueber Epiphysenablösung b. hereditärer Syphilis. Virchow's Arch. LXXXIV. 2. p. 325.

Verneuil, Ar., Ueber d. Einfl. d. tuberculösen, d. gichtischen und anderer Diathesen auf d. Syphilis. Wien. med. Presse XXII. 37.

Watson, W. Spencer, Primäres syphilit. Geschwür am oberen Augenlide. Brit. med. Journ. 7. Mai p. 22.



C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

Originalabhandlungen.



Zur Aetiologie des Lupus.

Von

Dr. E. Pontoppidan

erstem Assistenzarzt an der dermat. Abtheil. des Communehospitals in Kopenhagen.

Der Artikel von Dr. W. Raudnitz „zur Aetiologie des Lupus vulgaris" im ersten Hefte dieser Vierteljahrschrift 1882, worin er das Material aus Prof. Pick's Klinik in Prag bearbeitet und eine Zusammenstellung ätiologischer Momente gegeben hat, die viel Interessantes enthält, hat mich veranlasst, einige zum Theil ältere Untersuchungen wieder aufzunehmen und vorzubringen, weil sie ganz nach demselben Plan und in derselben Absicht durchgeführt, vielfach in ihren Resultaten mit Dr. Raudnitz's böhmischen Studien zusammenfallen und vielleicht nicht ohne Interesse sind in einer supplirenden und comparativen Zusammenstellung. Ich habe sie in der Hauptsache schon früher in einer besonderen Arbeit publicirt („Om Lupus, saerligt med. Hensyn til Sygdommens Vaesen og Atiologi" Kopenhagen 1876) und habe als Material ein Hundert Lupuskranke benützt, die auf der dermatologischen Abtheilung des Communehospitals in Kopenhagen unter Primararzt Dr. Engelsted behandelt wurden.

Geschlecht.

Ich habe 34% männlichen und 66% weiblichen Geschlechts, was mit resp. 37·3 und 62·7% der Prager Klinik ziemlich genau zusammenfällt. Wenn mir auch eine Erklärung fehlt, scheint doch ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts wenigstens für Böhmen und für Dänemark erwiesen zu sein.

Zeit des ersten Auftretens.

Meine Zahlen schliessen sich hier sehr nahe denjenigen des Dr. Raudnitz an, was aus folgender Liste hervorgehen wird; die erst angeführten Procente sind die meinigen, während die von der Prager Klinik in Klammern hingefügt sind:

Jahre	Percentsatz	Jahre	Percentsatz
0 — 10	29 (27·3)	30 — 40	9 (10·6)
10 — 20	38 (41)	40 — 50	7 (3)
20 — 30	12 (15·6)	50 — 60	0 (2·5)

Primärlocalität.

Die Primärlocalisation war, wo es ermittelt werden konnte: Nase 32mal, Nasenschleimhaut 23mal, Wangen 10mal, Lippen und Kinn 1mal, Gingiva 1mal, Stirne 1, Augenlider 3, Ohren 2, Pars capill. capitis 1, Hals 3, Hände 4, Oberextremität 2 mal. Ich habe hier beinahe ausschliesslich Körpertheile gefunden, die habituell entblösst und den schädlichen Potenzen der Circumfusa ausgesetzt sind.

Heredität.

Nur in drei Fällen waren nahe Verwandte angegriffen, und zwar eine Mutter, eine Schwester des Vaters und ein Bruder der Mutter, im ersten Falle habe ich selbst Mutter und Tochter gesehen. Ich glaube doch, dass eine directe Vererbung des Lupus als solchen nicht angenommen werden kann, aber dass doch mittelbar die Heredität eine Rolle als Vererbung der scrofulösen Disposition spielen kann.

Geographische und klimatische Verhältnisse.

Nach dem Kärtchen von Dr. Raudnitz scheinen die Bezirke in Böhmen im Ganzen ihre Lupuskranken in umgekehrter Proportion zu dem Abstande von Prag vertreten zu haben, und es scheint, dass keine eigentlichen Lupusregionen sich dort befinden, wie in Deutschland, am Niederrhein und an der Ostseeküste (Bardeleben). Auch andere Länder haben ihre Lupusgebiete, wie in Frankreich Auvergne und in Finnland (nach Törnroth) die Gegenden um den Ladogasee, wo auch Scrofulose einheimisch ist.

In Dänemark haben schon ältere Verfasser hervorgehoben, dass Lupus viel häufiger bei der Landbevölkerung und speciell an der Nordseeküste auftritt, und auch Sattler („de lupo exedente", Kiliae 1847) hat in Kiel sehr viele Kranke von den Küsten her gesehen.

Die Patienten im Communehospital kamen, so weit ihre Heimath ermittelt werden konnte, von

Kopenhagen	25	Jütland	30
Seeland	21	Schleswig	3
Fünen	8	Schweden u. Norwegen	9

Wir finden hier auffallend viele von Jütland, und wenn diese nach Bezirken (Amts) geordnet werden, aus

Amt	Einwohner	Patienten
Ringkjobing	circa 75.000	6
Thisted	60.000	5
Ribe	65.000	4
Aarhus	125.000	4
Hjörring	91.000	3
Aalborg	87.000	2
Veile	102.000	2
Vibor	82.000	2
Randers	95.000	1

Die drei ersten Bezirke bilden die Westküste, das ganze Nordseelitoral, und geben mit ihren 200.000 Einwohnern ein Contingent von 15 Lupuskranken, während das übrige Jütland mit 582.000 nur 13 lieferte. Eine solche Vertheilung ist auch dadurch mehr augenfällig, dass die drei Lupusbezirke die ärmsten und von Kopenhagen am weitesten entfernten Theile des Landes sind. Ich glaube, dass die Erklärung in dem rauhen, feuchtkalten Klima der Westküste zu suchen ist. Während Lupus wie Scrofulose in Nord-Amerika mit seinem trockenen Klima ziemlich selten ist, und in Gegenden mit mildem, egalen Klima, wie im tropischen Westindien und den Sandwich-Inseln, wo die Bevölkerung doch übrigens körperlich sehr herabgekommen ist und unter den schlechtesten Verhältnissen lebt, eigentlich gar nicht vorkommt, wie ich aus eigner Beobachtung behaupten kann, ist der scrofulöse Habitus mit der gedunsenen, lymphatischen, leicht vulnerablen Haut, die plumpe Nase, geschwollene Oberlippe u. s. w. ein sehr durchgehender Zug in der Bevölkerung der Ost- und Nordseeküste, besonders der letzteren, und auch Lupus vulgaris greift häufig die den rauhen, feuchten Seewinden ausgesetzten und schon scrofulös disponirten Nasen an.

Dass die ungünstigen Witterungsverhältnisse wirklich auf Lupus einwirken, zeigt sich durch die Verschlimmerung, an welcher die Patienten jeden Winter leiden; dies zeigt sich deutlich in der Weise, wie die Aufnahmen in das Hospital nach den Jahreszeiten vertheilt sind; so wurden im Communehospital aufgenommen:



December — Februar	26
März — Mai	51
Juni — August	28
September — November	21

mit dem Maximum im April von 19 und Minimum im October von 5 Aufnahmen. Das beweist, dass die Patienten nach ihrer Winterexacerbation im Frühjahre massenhaft in das Hospital eintreten um behandelt zu werden, während sie im Spätjahre und Anfang des Winters weniger dazu die Nothwendigkeit fühlen.

Beziehung zur Scrofulose.

Die Meinungen sind hier sehr getheilt gewesen, und sehr gewichtige Stimmen haben sich pro und contra über die Beziehung des Lupus vulgaris zur Scrofulose ausgesprochen. Während Virchow, Hebra und seine Schule eigentlich den Lupus als ein blos locales Leiden auffassen, haben die französischen und englischen Dermatologen immer einen Zusammenhang mehr oder weniger betont, und auch deutsche Forscher wie Auspitz, Billroth, Volkmann haben die Abhängigkeit des Lupus von Scrofulose in letzterer Zeit mehr und mehr eingeräumt. Raudnitz fand in seiner Zusammenstellung in 30 % der Fälle ein Zusammentreffen beider Affectionen, und meint deshalb, dass wenn auch die Zahlen gegen eine constante Beziehung zwischen Lupus und Scrofulose sprechen, diese doch nicht als eine Zufälligkeit angesehen werden kann.

In meiner Untersuchungsreihe ist die Coincidenz häufiger; in 59 Fällen kann Scrofulose nachgewiesen werden, und wenn der Befund von Drüsenschwellungen allein genug ist, eine scrofulose Disposition annehmen zu können, würde die Zahl noch mit 16 gesteigert werden. Nach diesem wird man sagen können, dass bei der Hälfte bis zu zwei Drittel der Patienten eine scrofulose Basis nachweisbar ist.

Die Einwendung möchte gemacht werden, dass die Scrofulose eine so allgemein verbreitete Krankheit ist, dass die Zahlen nicht als ein Beweis für den Connex acceptirt werden können. Ich habe deshalb einige controllirende Untersuchungen gemacht über die absolute Häufigkeit der Scrofulose, und habe für ein Hundert Patienten mit Psoriasis ganz dieselbe Untersuchung gemacht und denselben Massstab angelegt, und fand nur vereinzelte Patienten



mit ausgesprochener Scrofulose und im Ganzen 19, denen es möglich war, Scrofulose zuzuschreiben. Vielleicht wird man doch nicht zufrieden sein und einwenden, dass Psoriasis gewöhnlich eben kräftige Individuen heimsucht, und dass die Probe deshalb nicht rein war. Ich habe dann 250 Patienten persönlich genau untersucht und examinirt, und dazu Individuen gewählt, die an Syphilis, Scabies, chirurgischen Läsionen u. a. d. litten, Fälle, die nichts mit Scrofulose zu thun haben konnten. Ich fand hier bei minutiöser Nachforschung 41 (c. 16%), die ohne Zwang als an überstandener oder gegenwärtiger Scrofulose leidend betrachtet werden konnten. In der Literatur habe ich sehr wenige derartige Statistiken gefunden. Engert hat unter 2916 Kindern 360 scrofulos gefunden (12%); Luszinsky fand in Mariahilf (Wiener Vorstadt) unter 4899 eine Anzahl von 558 (11%) und Küttner im Dresdner Kinderspital 574 aus 10.000 Kindern (6%), alle kleinere Zahlen als die meinen und viel kleinere als die bei Lupus gefundenen.

Bei meinen Lupuspatienten habe ich notirt:

a) früher zugegen

Drüsenschwellungen	9
Suppur. Drüsen und subderm. Abscesse	8
Augenaffectionen (meistens phlyctän. Keratitiden)	40
Ohrenfluss	8
Schorfe und Ulcerat. der Nase	8
Eczeme, Impetigo	17
Knochen- und Articulationsleiden	3

b) während des Hospitalsaufenthalts observirt:

Drüsenschwellungen	55
Supp. Drüsen und subderm. Abscesse	6
Keratitiden	17
Pannus	5
Conjunctivitis	8
Dacryocystitis	7
Impetigo	3
Knochen- und Articulationsleiden	6

Diese Symptome haben natürlich verschiedenen Werth. Die Drüsenschwellung wird von vielen geläugnet oder doch als Zeichen der Scrofulose nicht angenommen. So sagt Virchow bekanntlich: „Die Lymphdrüsen erkranken in einfach irritativer Weise“. Ich will



das sehr gern einräumen, aber ist es doch nicht eben diese Disposition zu Drüsenschwellungen, die eines der Merkmale der Scrofulose bildet? Die scrofulösen Drüsenschwellungen sind ja immer irritativ, nur werden sie hervorgerufen durch Läsionen, die im gesunden Körper keine solchen Folgen haben. Eine chronisch einhergehende Affection wie Lupus würde nicht die Schwellungen anregen, ohne diese Disposition, mehr als zum Beispiel ein Ulcus cruris erwies; ich habe eben zum Vergleich 50 Patienten dieser Art examinirt und in keinem einzigen Falle irgend eine bedeutendere Drüsenschwellung gefunden.

Von den Augenentzündungen werde ich sofort zugeben, dass ein gewisser Theil eigentlich keine Complication, sondern eine Manifestation des lupösen Leidens constituiren, oder eine directe Folge der Unwegbarmachung des Ductus lacrymalis sind. Aber alle diese phlyctänulären Entzündungen, die sehr oft dem Lupus vorangegangen sind und Nebulae zurückgelassen haben, können doch ohne Reservation als Zeichen der scrofulösen Diathese angenommen werden, wie auch die chronischen Knochen- und Articuläraffectionen. Ueberhaupt finden sich so viele klinische Thatsachen, die für eine sehr nahe Beziehung zwischen Lupus und Scrofulose sprechen, die histiologischen Befunde und die Verwandtschaft beider Zustände mit Tuberculose hier nicht mitgerechnet, dass ich mich nicht scheue auszusprechen, dass wenn auch der Lupus als ein morbus sui generis gewiss aufzufassen ist und oft idiopathisch auftritt oder wenigstens aufzutreten scheint, er sehr oft und vielleicht am öftesten auf scrofulösem Boden wuchert, wenn auch mit relativer Selbstständigkeit; und wenn mir die Wahl gestellt würde, einen ausschliesslich localen und idiopathischen oder einen ausschliesslich scrofulösen Lupus anzunehmen, würde ich lieber dem letzten Standpunkte mich anschliessen. Wie es ist, würde ich doch lieber die Extreme meiden und mit Dr. Raudnitz festhalten, dass der Lupus als eine bestimmte Krankheit sui generis auftritt und sowohl idiopathisch als scrofulös sein kann; dann aber möchte ich besonders stark betonen, dass unter den ätiologischen Momenten die Scrofulose und klimatische Einwirkungen als disponirende und veranlassende die meist hervortretenden sind.



Yaws und Framboesia.

Von

Dr. E. Pontoppidan

in Kopenhagen.

Framboesia ist eine der vielen Benennungen in der Dermatologie, die durch die Unklarheit und die verschiedenen Auffassungen der Autoren immer Verwirrung hineingebracht haben. Sehr viel liegt doch an der logischen, klaren Nomenclatur; Namen wie die beiden Elephantiasis, Chancres, Lepra vulgaris und viele andere haben gewiss eine bedeutende Verantwortlichkeit, indem sie die Begriffe verschwimmen lassen.

Schon Bacon sagte mit Recht: „Citius emergit veritas ex errore quam confusione", und doch haben viele von diesen schädlichen Terminis ein sehr zähes Leben, und widerstehen allen Versuchen, sie zu vertilgen. Framboesia ist immer ein solcher unklarer Begriff gewesen, und so fühlt auch Kaposi in seiner Darstellung (Hautkrankheiten 1876, Cap. Framboesia) diese Obnoxität und räth, den Namen Framboesia ganz aus der Terminologie der Hautkrankheiten und der Syphilis zu eliminiren, und bei dem Vorkommen beerschwammähnlicher Papillenwucherungen den Namen der wesentlichen Grundkrankheit mit dem Beinamen papillare oder papillomatosum, und bei genuinen solchen Vorkommnissen den Namen Papilloma allein beizubehalten.

Man möchte doch vielleicht ohne Schaden Framboesia und framboesoides als einen einfachen descriptiven Terminus für irgend eine himbeerähnliche Bildung beibehalten können; aber darin muss ich decidirt Kaposi beipflichten: aus dem System muss der Name gestrichen werden.

Die besondere Krankheit, die gewöhnlich unter dem Namen Framboesia vorgeführt wird, verdankt vielleicht eben diesem Namen, dass besonders die deutschen Dermatologen dieselbe sehr schief



und skeptisch angesehen haben, und sich dabei vorstellen, dass Krankheit wie Name nur Begriffsverwirrung und schlechter Beobachtung ihre Stellung im System verdankt. Virchow, Hebra, Kaposi haben eigentlich die Framboesia als morbus sui generis gar nicht annehmen wollen, sondern haben dieselbe an die endemischen Syphilisformen (Scherlievo, Sibbens u. s. w.) angereiht und halten in Analogie mit diesen die dem Pian, Yaws, der Veruga synonyme Framboesia für Syphilis.

Auf der andern Seite haben die localen Aerzte und mit diesen die englischen Dermatologen immer festgehalten, dass es eine Krankheit sui generis gibt, Framboesia oder Yaws genannt, die in den Tropen einheimisch, von Milroy, Imray, Bowerbank, Nicholls und Anderen beobachtet worden ist, und von welcher Tilbury Fox in seinem Handbuch der Hautkrankheiten eine unseren jetzigen Kenntnissen entsprechende Beschreibung gibt. So vielen Beobachtungen gegenüber werden auch die continentalen Dermatologen genöthigt sein, ihren Skepticismus aufzugeben und die Yaws als eigenthümliche Krankheit anzuerkennen.

Ich habe die Krankheit auf den kleinen Antillen als Yaws und im Inneren St. Domingo's unter dem spanischen Namen Bubas kennen gelernt, und kann die englischen Darstellungen im Ganzen bestätigen.

Ich habe nur Schwarze und Farbige angegriffen gesehen; Weisse können jedoch, wenn auch selten, die Krankheit bekommen, und ihre Immunität möchte vielleicht mehr als in Raceneigenthümlichkeiten, in ihrer besseren Hautpflege und weniger Aussetzung gegenüber schädlichen Potenzen ihre Erklärung finden, da die Weissen gewöhnlich die besser situirten Schichten der Gesellschaft ausmachen.

Das Leiden ist, im Kurzen resumirt, eine contagiöse Hautkrankheit, die ohne wesentliche Störungen des Allgemeingefühls in Form kleiner Knötchen auftritt, welche sich unter der Epidermis hervorheben; wenn sie Erbsengrösse erlangen, schuppen sich die Epidermisbedeckungen ab, und die runden, erhabenen, wie nummulirten Tumoren bekommen eine dicke, fest anhaftende, gelbliche Kruste, die einer schmutzigen elfenbeinernen Spielmarke oder einem runden, glatten Knopf von Käse sehr gleich sieht. Wenn die Kruste abgelöst wird, sieht man eine nässende,



röthliche aber nicht ulcerirende, erhabene Fläche, die wie eine Papula mucosa aussieht, und wenn sie sehr erhaben und wuchernd ist oder mit irritirenden Mitteln behandelt wird, eine entfernte Aehnlichkeit mit einer Himbeere zeigen kann. Wenn die Tumoren in der Anogenital-Gegend vorkommen, können sie Schleimpapeln im hohen Grade vortäuschen; aber auf den mehr oder weniger der Luft ausgesetzten Stellen, wo sie mit Vorliebe ihren Sitz haben, wie im Gesicht und auf den Extremitäten, haben sie immer ihren schmutziggelben, glatten Schorf.

Ich werde übrigens hier nicht weiter in die Pathologie der Yaws eingehen, und kann mich begnügen, auf die Schilderungen von Tilbury Fox oder Duhring in ihren dermatologischen Handbüchern hinzuweisen. Nur möchte ich hervorheben, dass es nicht, wie es gewöhnlich und auch von den genannten Forschern beschrieben wird, Ulcerationen sind, die unter den Yawsschorfen sich verbergen. Ich glaube, dass die Affection viel oberflächlicher als gewöhnlich dargestellt wird, verläuft und Krankheiten wie Psoriasis oder Lupus erythematosus viel näher steht, als den mehr destruirenden Processen. Ich habe eine Auswahl von Yawsknoten von der Grösse einer Erbse bis beinahe Zolldurchmesser mit der Krummscheere tief aus gesunder Haut herausgeschnitten, in Alkohol gehärtet und mikroskopisch untersucht: wenn auch die Verhältnisse mir eine sehr eingehende, mit allen technischen Hilfsmitteln durchgeführte Prüfung nicht gestatteten, konnte ich doch Folgendes constatiren:

Pilze wie Trichophyton oder Mikrosporon waren weder im Schorfe, noch tiefer zu finden. Die Krusten bestanden aus einem amorphen Conglomerat von eingetrockneter Epidermis und Eiterzellen, und unter diesen fand sich eine Schicht von Granulationszellen, die sich in nichts von solchen in Lupus, Gummata oder anderen Granulationsgeschwülsten unterschieden. Aber immer fand sich, auch in den grössten und meist entwickelten Plaques, das Stratum papillare deutlich zugegen und im Ganzen intact, wenn auch die Papillen abgeflacht waren, das Rete Malpighii verkümmert und ganz von Rundzellen durchsetzt erschien. Das Chorion war überall normal, vielleicht etwas hyperämisch und succulent, aber enthielt niemals fremde Elemente. Ich glaube somit behaupten zu können, dass die Krankheit in dem Rete Malpighii ihren Sitz hat. Es spricht auch dafür, dass wenn nicht durch unzweckmässige Be-



handlung oder in cachektischen Individuen wirkliche Ulcerationen herbeigeführt werden, keine eigentliche Eitersecretion stattfindet, ausser den constant aufsitzenden Krusten, die nach Wochen oder Monaten eintrocknen und abfallen, und dann einen anfangs leicht pigmentirten, später ganz normalen Fleck hinterlassen, aber niemals Narben.

Die Substanzverluste, die nach der Exstirpation der Tumoren entstanden, behandelte ich mit Suturen und Carbolölverband, und sah sie immer sehr leicht heilen ohne Recidive in loco.

Ich habe keine Gelegenheit gehabt, Impfversuche durchzuführen, die Yaws ist aber überall, wo die Krankheit vorkommt, als evident contagiös angesehen. In Domingo hatte sie sich so sehr verbreitet, dass man vor einigen Jahren zu extraordinären Massregeln greifen musste, um sie zu zügeln. (Nicholls, Third report of Yaws Hospitals, Roseau 1879.) Alle Yawskranken wurden polizeilich aufgegriffen und in eigenen Krankenhäusern eingesperrt, bis sie geheilt waren. Es zeigte sich, dass wenn dieses Verfahren rigoros durchgeführt worden war, die Krankheit, wenn nicht ausgerottet, doch sehr erheblich vermindert und ihr bedeutend Einhalt gethan wurde. Fast immer konnte Uebertragung von anderen Yawskranken als Ursache des Leidens nachgewiesen werden.

Im Innern von Santo Domingo habe ich Orte besucht, wo Yaws, hier Bubas genannt, endemisch herrscht, und wo die Eingebornen — Mulatten — der Insel wissen, dass sie sehr leicht, auch während eines vorübergehenden Aufenthaltes die Krankheit erwerben, und deshalb lieber die ganze Nacht durch den Urwald reisen, als in Cevico oder anderen von diesen Bubasnestern zu übernachten.

Der gegenwärtige Standpunkt in der Yawsfrage muss somit dahin präcisirt werden, dass man eine tropische, contagiöse Hautkrankheit sui generis annimmt, die wahrscheinlich genug parasitär ist, aber bei noch fehlenden positiven Befunden vorläufig im System vielleicht am besten in der Classe der Neoplasmen bleibt, und die nach den englischen Forschern, deren Arbeiten hauptsächlich ihre Pathologie aufgeklärt haben, Yaws genannt werden muss. Der Terminus „Framboësia" für diesen, wie für andere krankhafte Zustände, dürfte am besten der Vergessenheit übergeben werden.



Ueber Molluscum contagiosum.

Vortrag, gehalten am 3. April 1882 in dem Vereine für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg

von

Prof. J. Caspary.

(Hiezu Tafel IV.)

Meine Herren, erlauben Sie mir eine kurze Mittheilung über eine kleine Hautgeschwulst, die seit vielen Jahren Gegenstand einer lebhaften Controverse ist. Sie Alle, soweit Sie praktisch thätig sind, kennen das Molluscum contagiosum, oder, wie Jeder sich beeilt hinzuzufügen: das sogenannte Molluscum contagiosum. Denn bis auf den Namen hin ist Alles an dem kleinen Gebilde strittig und viel gedeutet: Contagiosität, Ursache, Entwicklung, Sitz, Chemismus. Und wie vielfach bei dunklen Gegenständen sind die Bezeichnungen mannigfaltig: Molluscum contagiosum, Molluscum verrucosum, Sebumwarze, Epithelioma molluscum, Condyloma subcutaneum oder endocysticum oder porcellaneum, Acne varioliforme. Jedenfalls Namen genug, um jeden Collegen, der sich nicht mit Dermatologie speciell befasst hat, in Verwirrung zu bringen, zumal vielfach, z. B. noch in Virchow's Geschwulstwerk das Molluscum contagiosum und das Condyloma subcutaneum als different angeführt wurden. Aber Virchow selbst ist es gewesen, der bald nach dem Erscheinen des eben erwähnten ersten Theils seines Werkes über die Geschwülste die Frage wieder in Fluss brachte, und der in einer ausgezeichneten Arbeit den Grundstein legte zu einem vielseitig bearbeiteten, aber freilich bis heute verworrenen und unvollendeten Bau.

Es existirten schon vor dem Jahre 1864 eine Anzahl Beobachtungen und eine Anzahl Namen über anscheinend contagiöse,



warzenähnliche Geschwülstchen der Haut von Henderson, Paterson, Cotton, scheinbar auch schon von Bateman. Jene ersten Beiden, später Bärensprung hatten die eigenthümlichen Molluscumkörperchen beschrieben und abgebildet [1]). Im Jahre 1864 beobachtete Ebert und mit ihm Virchow, der zur Beobachtung zugezogen war, auf der Kinderstation der Berliner Charité, dass Kinder, die mit einem mit Molluscum behafteten Kinde zeitweise zusammen im Bette gelegen hatten, bald danach ebensolche Bildungen im Gesichte bekamen. Den Publicationen von Ebert über den klinischen Theil und von Virchow über den histologischen Befund folgten nun und folgen bis heute Jahr auf Jahr immer wieder Arbeiten, die in ihren Resultaten alle von einander in diesem oder jenem Punkte abweichen. Freilich handelt es sich fast ausschliesslich um eine Gefolgschaft Virchow's, denn bis auf die Frage nach der Contagiosität haben über den klinischen Charakter kaum Differenzen bestanden. Ich begnüge mich, von den Schriften bis 1877 Ihnen einige Autoren zu nennen: Retzius, C. Boeck, Lukomsky, Manfredi und Bizzozero; ausser Virchow und Bärensprung haben Rokitansky, Klebs, Biesiadecki, Rindfleisch Untersuchungen gemacht — wie Sie sehen sind darunter Namen von bestem Klange. Als hervorragend beachtet führe ich dann aus dem Jahre 1877 die Arbeit von Kaposi an. Die allseitige Beleuchtung der Frage, die überzeugende Sprache, die aus reichster klinischer und anatomischer Erfahrung resultirte, schienen die lange Discussion beendet zu haben, so dass selbst Auspitz, dem Niemand eine Annahme auf Treu und Glauben zumuthen wird, die Ansichten Kaposi's acceptirte. Auch in der eben erschienenen 2. Auflage seines Lehrbuchs der Hautkrankheiten [2]) vertritt Kaposi vollkommen seine früheren Angaben, dass es sich um Degeneration von Talgdrüsen handle, dass die Molluscumkörperchen durch amyloidähnliche Umwandlung der Enchymzellen zu Stande kämen, dass eine Contagiosität nicht vorhanden sei. Aber der Widerspruch ist

[1]) Um den Raum nicht unnütz zu beschränken, verweise ich in Bezug auf alle Quellenangaben bis 1877 auf die Arbeit Kaposi's, diese Vierteljahresschrift 1877, S. 333.

[2]) Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Wien 1882. S. 174.



keineswegs erloschen. Immer neu erscheinen Arbeiten [1]) oder gelegentliche Mittheilungen über die kleine, klinisch nicht gar viel bedeutende Geschwulst; Experimente [2]) werden gemacht, die Contagiosität zu prüfen; gelehrte Gesellschaften [3]) discutiren über alle die Fragen, die Kaposi endgiltig beantwortet zu haben glaubt.

Das klinische Bild ist unverkennbar bis vielleicht auf die ersten sichtbaren Anfänge, die einem Milium in Grösse und Form täuschend ähnlich sehen. Aber ich glaube, auch hier schon ist die Diagnose möglich; wenigstens habe ich schon bei stecknadelkopfgrossen Bildungen die entscheidende Differenzirung zwischen Mitte und Randpartie nie vermisst. Statt der gleichmässig gelblichen oder weissgelblichen Färbung des Milium sieht man ein opakes Centrum von der normalen gefärbten Peripherie sich abheben. Da der ausgequetschte Pfropf jedesmal schon die charakteristischen Molluscumkörperchen, die Läppchenbildung mit den umhüllenden und sich einschiebenden Bindegewebszügen zeigte, so ist es klar, dass der wirkliche Anfang zunächst unmerklich verläuft. Aber um hier gleich mit der Opposition gegen Kaposi zu beginnen, muss ich angeben, dass ich mich nicht überzeugen konnte, die Entwicklung beginne immer um die Follikelmündung. Ich habe bei den kleinsten Geschwülstchen auch mit der Loupe eine Oeffnung nicht sehen können. Das Bild der grösseren Geschwülstchen, wie sie bald eine Delle, bald eine krümliche hervorragende Masse im Centrum haben; der Verlauf: solitäre oder aggregirte Entwicklung, Wachsthum bis auf Erbsen- ja Haselnussgrösse oder Stationär-

---

[1]) Barnes, Brit. med. Journal 9. März 1878.
Liveing, 5. October 1878.
Smith, Dublin Journal of med. Science Nov. 1878.
Renaut, Anal. de Derm. et de Syph. 25. Juli 1880.
A. und B. Morison. Med. Times 28. Mai 1881.
Angelucci, Internat. medical Congress 1881.
Unna, Deutsches Archiv f. klin. Medizin Bd. 28. S. 137.
Neisser, Monatschrift für prakt. Derm. März 1882.

[2]) Vidal in Soc. de Biologie, Sitzung vom 15. Juni 1878, referirt in dieser Vierteljahresschrift 1879. S. 380.

[3]) Pathological Society of London, berichtet in Lancet 1880, 10. April.
Internationaler med. Congress in London, dermatolog. Section, Sitzung vom 4. August 1881.



bleiben, langsames Verschwinden oder Ausstossung durch suppurative Entzündung in der Nachbarschaft; der Sitz, besonders im Gesicht — wo sie die Lider entstellen und beschweren können — und an den Genitalien, sind allbekannt.

Aber nun die Contagiosität, von Virchow und Vielen vor und nach ihm angenommen, von Kaposi und vielen Anderen bestritten. Ich kann nur wiederholen, dass ich auch gesehen habe, was Alle, auch die Nichtcontagionisten angeben. Meist entwickelten sich bei mehreren Familienmitgliedern, besonders Kindern, nach einander die kleinen Tumoren; mehrfach bei Mann oder Frau nach geschlechtlichem Verkehr mit derart Behafteten, und in manchen Fällen stimmten die Fristen zwischen möglicher Ansteckung und Eruption mit den Impfungsresultaten von Retzius und Vidal's Assistenten (Beiden an sich selbst) überein. Erst Monate nach Entfernung aller Mollusken bei einem Kinde, das fernerhin frei blieb, traten bei einem anderen Familienmitgliede dieselben Formen hervor. Der Erfolg der Impfung bei Retzius scheint mir von Kaposi zu skeptisch beurtheilt zu sein. Es waren nicht nur die Molluscumkörperchen, die Retzius an sich gefunden hatte; er fand alle Charaktere des Molluscum contagiosum, und deren sind genug, um die von Kaposi immer wieder befürchtete Verwechslung mit Atheromen zu vermeiden. Weitere Impfungen, die ja ungefährlich sind, werden entscheiden, event. der Nachweis der von Allen gesuchten, von Einigen angeblich schon gefundenen Mikroorganismen.

Was nun den Sitz betrifft, so habe ich bei den Untersuchungen vieler Präparate, die ich im Institute des Herrn Collegen Grünhagen und vielfach in Gemeinschaft mit demselben angestellt habe, jedesmal das Rete Malpighii als Entwicklungsstätte constatiren können. Der Anblick der fächerartig sich ausbreitenden, deutlichst in Läppchen, die von Bindegewebe umgeben sind, getheilten Geschwulst, führt ja zunächst auf den Gedanken an Talgdrüsendegeneration. Ich habe denn auch anfangs zumal im Vertrauen auf Kaposi's Angaben; ferner weil ich öfter die kleinen Geschwülste zwischen Comedonen und Acneknötchen gefunden hatte, dann weil die leichte Ausdrückbarkeit für eine präformirte Oeffnung sprach, die mikroskopischen Bilder im Sinne Kaposi's gedeutet. Aber nachdem vieles mich stutzig gemacht hatte,



erhielt ich eines Tages das Fig. I abgebildete Präparat, das unverkennbar die jüngsten Nester im Rete zeigt. Das Bild, von Herrn Maler Braune getreu dem Präparat (Vergrösserung 150) nachgebildet, befremdet zunächst durch die von Bindegewebe umgrenzte Hautschichte, die sich um die schon entwickelten Molluscumnester, deren nur eines abgebildet ist, herumlegt. Offenbar habe ich von einer der Geschwulst angeschmiegten Hautfalte eine Randschicht zugleich mit ausgebildeter Geschwulstmasse, welche senkrecht getroffen wurde, durchschnitten. Die Epidermislage der mikroskopisch normal erscheinenden Cutisfalte zeigt dicht unterhalb des Stratum corneum verhältnissmässig zahlreiche, durch ihr helles Aussehen auffällige Flecke, von denen vereinzelte kuglige Gebilde darstellen, andere zu je zweien oder dreien mit einander vereinigt den lappigen Bau der ausgebildeten Geschwulst in kleinem Massstabe nachahmen. Mit starker Vergrösserung (350) untersucht, geben diese hellen kugligen Flecke das Bild der Fig. I *n* 1. Darnach bestehen sie aus polygonalen Zellen mit deutlich ausgebildetem Kern und feingezähnten Contouren, also aus Riffzellen. Die Kerne wie der ganze Zellkörper zeichnen sich durch ihre Grösse vor den benachbarten aus. Ausserdem dadurch, dass der Zellinhalt in dem mit Hämotoxylin behandelten Präparat gänzlich farblos geblieben ist, während das Protoplasma der umliegenden Retezellen dunkel tingirt erscheint. Endlich noch durch den hellen Hof, welcher die Kerne umgibt und sich wohl daraus erklärt, dass die Kerne nach der Präparation geschrumpft innerhalb des umgebenden Protoplasma einen kleineren Raum einnehmen als in frischem Zustande. Alle diese Eigenthümlichkeiten wirken zusammen, um bei der Betrachtung des ganzen Präparates die modificirten scharf begrenzten Zellbezirke als helle kuglige Flecken in dem dunkleren Stratum mucosum hervortreten zu lassen Fig. I *n* 2 führt bereits ein deutliches Molluscumkörperchen. Die Eintheilung der Hauptfigur in Läppchen, die durch sich einschiebende Bindegewobszüge geschieden sind, ist wohl übersichtlich; nur eines der Läppchen hat der Zeichner mit den Molluscumzellen wie sie in jedem vorhanden waren, ausgefüllt, die anderen zur besseren Uebersicht des Bildes leer gelassen. Fig. I zeigt ferner bei *p* einen Fortsatz, der zapfenförmig aus dem Rete auswächst. Schöner und ganz typisch ist der Reteauswuchs aus



einem anderen Präparate auf Fig. II (Vergr. 350). Es bedarf keines Hinweises darauf, dass der Zapfen dem Rete entstammt; ringsum begrenzen ihn die pallisadenartig gestellten, mit feinen Fortsätzen in die Cutis hineinragenden Fusszellen, in der Mitte liegen die ausgebildeten Molluscumzellen, die Uebergangsstufen sind hier nicht ersichtlich. So wie in diesem Präparate habe ich in jedem Läppchen die Fusszellen randständig gefunden, was sich mit seiner Entwicklung aus den Talgdrüsen doch nicht verträgt. Denn bei dem ausgesprochen lappenförmigen Bau müsste es sich um eine Affection handeln, die die Drüsenläppchen selbst ergreift — denen doch die cylindrischen Fusszellen fehlen —, nicht nur um den obersten Theil des Ausführungsganges, der sie noch enthält. In allen unseren Präparaten war von einer Affection der Haarbälge ersichtlich nicht die Rede; wo Haare mit durchschnitten waren, zeigte sich die äussere Wurzelscheide vollständig intact. Ich kann darum natürlich nicht bestreiten, dass nicht Andere deren Entwicklung zu Molluscumgeschwülstchen gesehen haben. Ich wiederhole nur, dass in den von mir oder Herrn Collegen Grünhagen durchgesehenen vielen Präparaten überall Talgdrüsen- und Haarbalgdegenerationen auszuschliessen waren.

Diese Uebersichtspräparate waren alle in derselben Weise hergestellt: die nach Erhärtung in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol durch das Mikrotom gewonnenen Präparate wurden meist durch Carmin oder Hämatoxylin gefärbt. Andere Tumoren wurden frisch in Max. Schulze'sches Jodserum gelegt und dann zerzupft. Bei dieser ausgezeichneten Isolirmethode fand sich, wo es sich um noch nicht vollkommen ausgebildete Molluscumkörperchen handelte, die Herkunft aus Stachelzellen ganz unverkennbar. So findet sich auf Fig. III 5 *z* eine Zelle, die offenbar schon als Molluscumkörperchen bezeichnet werden muss, und die noch deutlich die Zähnelung am Rande zeigt. Das Ausschlüpfen einer Molluscumzelle aus einer Zellmembran, wie es Kaposi beschreibt und abbildet, habe ich nie sehen oder herbeiführen können. Die demähnlichen Bilder beruhten immer auf Apposition, auf Einlagerung eines Molluscumkörperchens auf einer m. w. veränderten, kernhaltigen oder bereits verhornten Retezelle (Fig. III 6). Die Entwicklung der fraglichen Molluscumkörperchen ist uns so erschienen: Es handelt sich um eine Umänderung des Protoplasma der Zellen.



Die von dem Process ergriffenen Zellen vergrössern sich zunächst, die polygonalen Umrisse verlieren an Deutlichkeit, und schliesslich finden sich an Stelle der polygonalen Riffzellen blasige Gebilde mit einem stark lichtbrechenden Inhalt. Bei vielen ist keine Spur eines Kernes mehr nachweisbar; bei einigen wenigen lässt sich noch der durch Hämatoxylin und Carmin zu tingirende, verkleinerte, wie an den Zellrand gedrängte Kern nachweisen (Fig. III 5). Häufig finden sich ferner Bilder, wie sie Fig. III 6 *v* und 7 *v* dargestellt sind, welche auf die Anwesenheit von Vacuolen in der Substanz der Molluscumkörperchen zu beziehen sind. Gar nicht selten begegnet man endlich Formen (Fig. III 1, 2, 3, 4), in denen der Leib des Molluscumkörperchens in einen oder mehrere Fortsätze verlängert ist. Wenn solche Bilder an das Keimen von Sporen erinnern, so darf man gewiss nicht aus solchen äusseren Aehnlichkeiten auf eine Sporennatur der Molluscumkörperchen schliessen. Von den durch Bollinger, neuerlichst durch Neisser angeschuldigten ursächlichen Gregarinen haben wir nichts finden können; ebensowenig constante andere Pilzformationen.

Besonders möchte ich noch hervorheben, dass die Tinctionen der Molluscumkörperchen — nach ihrer Isolirung in Jodserum — mit Picrocarmin oder Carmin der Auffassung nicht günstig sind, dass die Zellen aus einem einheitlichen Stoffe bestehen. Eigentlich spricht schon die Differenzirung der Structur dagegen, welche die Körper auch ohne Färbung erkennen lassen und welche in den Abbildungen Fig. III 4, 7 einen deutlichen Ausdruck gefunden hat. Was die Färbungseffecte anlangt, so zeigt sich, dass Carmin ausser dem Kerne einzelne körnige Bestandtheile besonders intensiv tingirt, woraus zu folgen scheint, dass mindestens zwei verschiedene Substanzen das Molluscumkörperchen zusammensetzen. Die eine durch Carmin färbbare Substanz dürfte dem von Ranvier entdeckten Eleidin entsprechen, über die andere wüsste ich nichts zu sagen. Es ist uns nicht gelungen, durch mikrochemische Reaction irgend welche Anhaltspunkte für die Natur desselben zu gewinnen. Meine anfängliche Vermuthung, dass es sich um eine keratoide Substanz handeln möchte, hat sich durch den zerstörenden Einfluss, den Trypsinlösungen auf die fraglichen Gebilde ausübten, nicht bestätigt. Dass es sich nicht um amyloide Reaction handelt, ist längst erwiesen und auch von Kaposi betont.



der trotzdem auch neuerlichst wieder von amyloider Degeneration spricht.

Ich füge noch hinzu, dass ich von Fett oder Fettzellen im Inneren der Geschwülstchen nie etwas gesehen habe; dass es mir ferner nie gelungen ist, in Comedopfröpfen oder Atheromen Molluscumkörperchen aufzufinden.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. I. Hartnack Oc. 4 Obj. 4. Senkrechter Durchschnitt durch ein Moll. contagiosum, dem eine mit durchschnittene Hautfalte anlag. Unterhalb des Stratum corneum der letzteren helle — weil durch Hämatoxylin nicht gleich der Umgebung gefärbte, kuglige Flecke, theils vereinzelt, theils zusammenfliessend. Von den mit Moll.-Körperchen angefüllten Läppchen inmitten der Geschwulst nur eines ausgeführt, die anderen absichtlich leer gelassen.

n 1 ein solcher Fleck mit Oc. 3 Obj. 7 gesehen. Riffzellen, deren Körper wie Kern vergrössert ist; um die Kerne ein heller Hof.

n 2 dieselbe Vergrösserung; ein Moll.-Körperchen erkennbar.

p (in der Hauptfigur) zapfenförmiger Auswuchs aus dem Rete.

Fig. II. Oc. 3 Obj. 7. Retezapfen, in dessen Mitte Moll.-Körperchen, am Rande Fusszellen pallisadenartig gestellt, mit feinen Fortsätzen in die Cutis ragend.

Fig. III. Ocul. 3 Obj. 7. Isolirte Molluscumkörperchen.

1. 2. 3. 4. In Fortsätze auslaufende Moll.-Körperchen.

5. Moll.-Körp., deren Kern an den Zellrand gedrängt ist.

6. Moll.-Körp., die m. w. veränderten Retezellen apponirt sind.

6 *v* und 7 *v*. Vacuolen in Moll.-Körp.





Fig. 1.

n₂

n₁

P

Fig. 2.

Fig. 3.

Caspary:



Ein Fall von äusserst zahlreichen Telangiektasien der sämmtlichen Haut.

Von Dr. **W. Mandelbaum** in Odessa.

(Demonstrirt in der Odessaer Gesellschaft der Aerzte.)

(Hiezu 1 Holzschnitt.)

Herr B., 38 Jahre alt; stammt von gesunden Eltern. Sein Vater lebt und ist noch rüstig, ebenso eine Schwester. B. ist seit 16 Jahren verheirathet; Frau gesund; drei seiner Kinder sind in den ersten Lebensjahren gestorben: zwei an Scharlach, eines an Kinderdiarrhöe; zwei leben: das eine ist zehn Jahre alt, das andere fünf; beide gesund. B. lebt in guten Verhältnissen; er beschäftigte sich früher mit Landwirthschaft, hat aber selbst nie im Felde gearbeitet, jetzt hat er eine Haferbude. Vor 17 Jahren hat B. sich einen Schanker zugezogen, der aber keine weiteren Folgen hatte.

B. ist ein starker musculöser Mann; er hat nie ernste Krankheiten durchgemacht; in den inneren Organen nichts Abnormes, namentlich kein Herzleiden; Harn, mikrochemisch untersucht, normal, die Sensibilität der Haut in jeder Beziehung intact. B. ist äusserst mässig im Gebrauche von Spirituosen.

Sein jetziges Leiden begann vor 9 Jahren — an der Haut des Stammes und der Extremitäten, am Gesichte viel früher, — und besteht in Folgendem:

Die Haut des ganzen Gesichtes (Nase, Wangen, Stirne, Kinn) ist durchzogen von einem äusserst dichten Netze feiner Gefässästchen, in Form geschlängelter und durcheinander verflochtener Linien; das Gesicht sieht aus wie gedunsen, ist weinroth bis dunkelviolett marmorirt. Die Haut am Halse, Stamm (Rücken,

Brust und Bauch), ebenso an den oberen und unteren (etwas weniger) Extremitäten dicht (stellenweise sehr dicht) besäet mit stecknadelkopf- bis linsengrossen, rothen und violetten Knötchen und Flecken; geschlängelte Linien, wie die am Gesichte, sind am Stamme und an den Händen und Füssen nicht zu sehen. Meistens stehen die Knötchen und Flecke isolirt, wiewohl sehr nahe aneinander; stellenweise sind 30—40 näher aneinander gerückt, als die anderen, und bilden auf diese Weise grössere oder kleinere Gruppen; mitunter sind die Flecke und Knötchen einzelner Gruppen so nahe nebeneinander, dass sie sich mit der Peripherie berühren und den Eindruck machen, als hätten sie die Neigung zu confluiren. Um viele Knötchen, die eine tief violette Farbe haben, sieht man einen etwas helleren Hof. Unter dem Fingerdrucke erblassen die meisten vollständig, manche aber bleiben braungelb tingirt; nach Beseitigung des Fingers merkt man, wie das weggedrückte Blut zurückströmt, und die Flecke und Knötchen nehmen ihre frühere Farbe an.

Die Flecke und Knötchen sind spontan entstanden, ohne jedes vorangegangene Leiden, ohne jedes Unbehagen, ohne die geringste Fieberbewegung, ohne Schmerz, ohne Jucken. In den ersten Jahren seines Leidens fühlte B. ein Kriebeln, Ameisenkriechen in der Haut, das sich aber in der Folge verloren hat. Die Knötchen und Flecke entwickelten sich allmälig, zuerst vereinzelt, dann kamen sie dichter, aber noch immer disseminirt, und so sprossten unbemerkt neue hervor, immer mehr und mehr, bis sie die ganze Haut besäet und stellenweise sich in Gruppen zusammengehäuft haben. Die einmal erschienenen blieben seit ihrem Entstehen (neun Jahre) unverändert; viele, die im Beginn hellroth waren, nahmen eine dunkelrothe bis violette Farbe an; aber keines ist mit der Zeit erblasst, geschweige gar geschwunden. Man merkt auch jetzt an keinem derselben die Neigung zur Resorption oder irgend welcher retrograden Metamorphose. Eben so wenig ist weder jetzt noch früher das geringste Schüppchen an den Knötchen und Flecken zu sehen gewesen.

B. wurde schon sehr viel und verschiedentlich behandelt. Manche Aerzte, die ihn zu beobachten Gelegenheit hatten, hielten das Leiden für ein maculopapulöses Syphilid, mit dem es beim ersten oberflächlichen Anblick (mit Ausnahme, versteht sich, des

Gesichtes) wirklich eine Aehnlichkeit hat. Auf diese Voraussezzung hin wurde B. verschiedenen antisyphilitischen Kuren unterworfen: 40 Einreibungen; hunderte von Mercurpillen; 60 subcutane Injectionen mit Sublimat und Bicyanuret; Jodkali; Zittmann; Hydrotherapie wurden angewendet. Das Leiden ging nicht vom Fleck. Die Knötchen und Flecke nahmen immer quantitativ zu; und so kam B. zu mir.

Womit haben wir es hier zu thun? Die Affection am Gesichte ist zu charakteristisch und kommt (wiewohl nicht in solcher Ausdehnung) häufig genug vor, als dass man hierüber im Zweifel sein könnte, dass wir vor uns Telangiektasien haben. Aber hinsichtlich der Knötchen und Flecke am Stamme und an den Extremitäten war ich mit mir nicht gleich einig, und die Diagnose „Telangiektasie“ machte mir Bedenken, schon der grossen Seltenheit wegen, mit der wir so massenhaften, in der sämmtlichen Haut so dicht eingenisteten Gefässneubildungen zu begegnen pflegen. Bazin, Hardy, G. Behrend, Neumann und Hebra erwähnen nur im Allgemeinen, dass die Telangiektasien mitunter grössere Strecken befallen (Neumann), und die verschiedensten Körperstellen occupiren (Hebra); oder bei Personen, die dem Genusse der Spirituosen ergeben sind [1]), kommen nicht selten Telangiektasien als hirsekorn- bis linsengrosse Flecke in grösserer Anzahl über den Körper zerstreut vor (G. Behrend). Nur M. Kaposi erwähnt in seinen Vorlesungen über Hautkrankheiten (Seite 597), dass er bei einem 50jährigen Manne spontan entstandene und über den grössten Theil des Körpers verbreitete telektatische Marmorirung gesehen hat. — Was mich betrifft, so sehe ich nach zweijährigem Besuche der Hebra'schen Klinik und nach siebzehnjähriger Praxis (darunter viele Jahre Hospitalsdienst) zum ersten Mal einen Fall von so massenhaften Telangiektasien. Ebensowenig hatte ich in Berlin und in Paris, wo im Hôpital St. Louis doch ein riesiges Material zu Gebote steht, die Gelegenheit (zwar bei blos kurzem Besuche) einen ähnlichen Fall zu sehen; und ich gestehe, dass mich in den ersten Tagen der Beobachtung die sich aufdrängende Diagnose „Telangiektasien“, doch durch das massenhafte Auftreten, durch das Aussergewöhnliche, stutzig machte.

[1]) was bei unserem Kranken nicht der Fall ist.

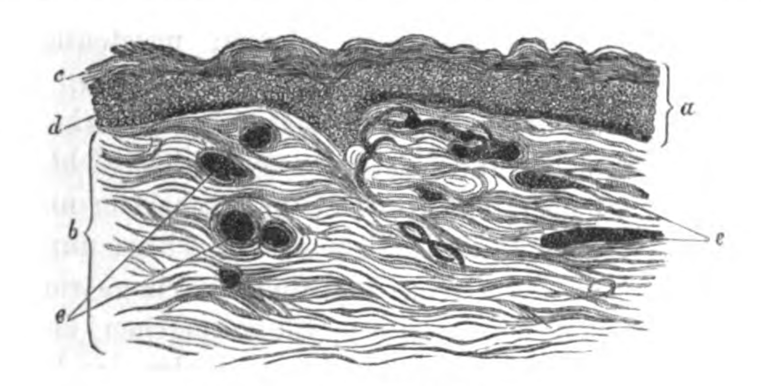


Allein der chronische Verlauf ohne Fieber, ohne Schmerzen, ohne irgend welches Unwohlsein; die Persistenz in Farbe und in der Form eines jeden einzelnen Knötchens oder Fleckens von der Entstehung an; das Fehlen jeder Neigung zur Resorption oder Zerfall oder sonst irgend welcher Umwandlung; das Fehlen von Schuppen, Infiltration, Rauhigkeit oder Sprödigkeit der Haut; das Fehlen jeglicher concomitirender Erscheinungen oder Antecedentien; die Erfolglosigkeit verschiedener, lange fortgesetzter und wiederholter, specifischer Kuren, — alle diese Gründe sprachen gegen sämmtliche acute oder chronische Hautübel, die irgend welche Aehnlichkeit mit unserem Falle haben möchten. Und so musste ich auf dem Wege der Exclusion zu der mir anfangs vorgeschwebten Diagnose zurückkehren, nämlich: „multiple Telangiektasien", „multiple Angiome". Die Definition dieses Leidens, wie sie Kaposi in seinen „Vorlesungen" (Seite 596) gibt, entspricht auch vollständig dem Bilde in unserem Falle; dieselbe lautet: „Telangiektasien sind während des extrauterinen Lebens entstandene Erweiterungen und Neubildungen von capillären und feinsten Hautgefässen und erscheinen als hellroth- bis dunkelviolette, mohnkorngrosse und grössere, unter dem Fingerdrucke erblassende Flecke oder Knötchen oder Gefässzweige, oder als diffuse, von Gefässästchen durchzogene Röthung oder Marmorirung der obersten Hautschichten".

Zur Completirung der Diagnose wurde von mir (mit Bewilligung des Patienten) ein kreuzergrosses Stück Haut aus der äusseren Fläche des rechten Oberarmes behufs mikroskopischer Untersuchung excidirt; und zwar durch die ganze Dicke bis zum subcutanen Zellgewebe, und so, dass die Neubildungen im Centrum des ausgeschnittenen Hautstückes zu liegen kamen; der Rand aber bestand von einer Seite (rechts) aus ganz normaler Haut, von der anderen (links) war der Uebergang von den Telangiektasien ins gesunde Gewebe zu sehen. Der Prosector des hiesigen städtischen Krankenhauses, Herr Med. Doctor Stroganoff hatte die Güte, die mikroskopische Untersuchung des excidirten Hautstückes zu übernehmen.

In der Sitzung vom 19. December demonstrirte der geehrte College die von ihm angefertigten mikroskopischen Präparate und referirte folgendermassen über den Befund:

Dr. N. Stroganoff: Vor der mikroskopischen Untersuchung wurde das excidirte Hautstück zehn Tage lang in Müller'scher Flüssigkeit conservirt. Auf senkrechten (zur Oberfläche der Haut geführten) und bei schwacher Vergrösserung (3. und 4. System Hartnack, 1. Ocul. Verick) untersuchten Schnitten fällt vor Allem auf, dass die Grenze zwischen der Epithelialschichte der Haut und dem darunterliegenden Bindegewebe wesentliche Veränderungen in ihrer Richtung darbietet: Sie präsentirt sich nämlich als eine gerade — fortlaufende Linie; der den normalen Verhältnissen der Haut eigene, und durch die interpapillären Versenkungen des Epithels des Rete Malpighii in das Bindegewebe bedingte wellenartige Verlauf dieser Linie ist gänzlich verwischt, so dass man auf dem ganzen Felde des Präparates weder die interpapillären Buchten, noch das Stroma der Papillen selbst zu sehen bekommt.



Erklärung der Zeichnung:

a Epithelialschichte der Haut.
b Fasergewebe derselben.
c Verdickte Epidermis.
d Rete Malpighii mit Pigment in dessen unterer Schichte.
e Mit Blut gefüllte Blutgefässe.

Die Epithelialschichte der Haut ist unbedeutend verdickt auf Rechnung der Schichtenzahl der Epidermis; letztere besteht aus 5—7 Schichten vollständig verhornter, glanzloser, lamellirter Zellen, die vom Rete Malphighii durch 3—4 Schichten stachelförmiger Zellen (Riffzellen) abgesondert sind; das Rete Malpighii selbst ist quantitativ nicht vergrössert; aber die Epithelialzellen der unteren — an das Bindegewebe angrenzenden — Schichte desselben ent-

halten Körnchen von orangefarbigem oder schwarzem Pigment, welches stellenweise so massenhaft ist, dass diese ganze (untere) Schichte des Epithels als schwarzer, ziemlich starker Streifen erscheint, in dem man bei mittlerer (5 Syst. Hartnack) Vergrösserung die Grenzen der einzelnen Epithelialzellen nicht zu unterscheiden vermag. Die pigmentreichsten Stellen entsprechen vorzugsweise folgenden Veränderungen des Bindegewebes: wie schon bemerkt, ist das Bindegewebe, aus welchem das Stroma der Papillen besteht, in der ganzen Ausdehnung des Präparats nicht zu sehen; in Folge dessen liegt die untere pigmentirte Schichte des Rete Malpighii auf dem breitfaserigen fibrösen Bindegewebe der Haut, in welchem ein reiches Netz von ziemlich weiten, dünnwandigen, mit Blut gefüllten Gefässen bemerkbar ist. Mitunter sind die Maschen dieses Netzes durch Gefässe vereinigt, welche die Grösse von Capillaren besitzen und in ihrem Lumen ein oder zwei rothe Blutkörperchen beherbergen können; meistentheils jedoch sind die das Netz bildenden Gefässe 0·05—0·07 Mm. im Durchmesser (die Dicke der Wandungen abgerechnet) stark. Das diese Gefässe umspinnende Gewebe ist, wie es scheint, nicht verändert; seine Fasern sind überall deutlich zu unterscheiden; nirgends sind zwischen denselben junge Zellenelemente zu sehen; nur ausnahmsweise sieht man an der Grenze des Epithels einige runde Zellen, die den wandernden oder weissen Blutkörperchen ähnlich sind. In den tieferen Hautschichten findet man weder das beschriebene Gefässnetz, noch sonst irgend welche Veränderung.

Wir haben also im gegebenen Falle: 1. unbedeutende Verdickung der Epithelialschichte der Haut auf Rechnung der numerischen Verstärkung der Epidermisschichten; 2. vollständige Vernichtung der Papillarschichte, und zwar sowohl des Stroma der Papillen selbst, als auch der interpapillären Räume; 3. die untere Schichte des Rete Malpighii schwarz pigmentirt; 4. reichliche Gefässentwicklung (Neubildung) in der subepithelialen Bindegewebsschichte der Haut und Ueberfüllung dieser Gefässe mit Blut, bei absolutem Fehlen von acuten, die irritativen Processe der Haut bedingenden Entzündungserscheinungen.

Auf Grund dieses Befundes komme ich zum Schluss, dass wir es hier mit Angiomen der Haut zu thun haben, die durch ihr neunjähriges Bestehen zu Atrophie des Papillarstratums und

zur Pigmentablagerung im Rete Malpighii geführt haben; dieses Pigment bedingt auch die braune Färbung der Knötchen und Flecke, welche nach Beseitigung des den Telangiektasieninhalt wegdrückenden Fingers zurückbleiben.

Dr. Mandelbaum: Leider hat die mikroskopische Bestätigung der Diagnose dieses höchst interessanten Falles nur noch mehr unsere Ohnmacht dargethan, dem Kranken nützlich sein zu können. Ohne uns irgend welchen Illusionen hinzugeben, verordneten wir dem Kranken (noch monatelang vor der mikroskopischen Untersuchung) versuchsweise der Reihe nach folgende Mittel: Arsenik innerlich, subcutan; Ergotin innerlich, subcutan; Argentum nitricum; Strychnin; Atropin; Phosphor. Aber auch nach längerem Gebrauche dieser Mittel war kein Erfolg zu constatiren.

Das Einzige, was zu verzeichnen wäre, ist, dass in den letzten einigen Wochen keine neue Knötchen und Flecke hinzugekommen zu sein scheinen. Natürlich bleibt es sehr fraglich, ob dieses (vielleicht blos zeitweilige) Ausbleiben von neuen Gefässneubildungen dem Einflusse der erwähnten Medicamente auf die Gefässe und auf die vasomotorischen Nerven zuzuschreiben ist; vielleicht pflegten auch früher ähnliche Perioden von zeitweisem Stillstande vorzukommen; der Kranke weiss nichts Positives darüber mitzutheilen.

Des vielen, erfolglosen Behandelns müde, willigte der Kranke nicht ein, noch die Salpetersäure, das Aetzkali, oder die Galvano-Acupunctur behufs Verödung der neugebildeten Gefässe versuchen zu lassen.



Beobachtungen über Hirnsyphilis.

Von

Prof. Dr. Fr. Chvostek

k. k. Stabsarzt in Wien.

(Fortsetzung.)

5. Beobachtung. Vor 12 Jahren ein Schanker mit darauffolgender Halsentzündung. Vor 8 Jahren ein kleines Geschwür am Frenulum. Vor 7 Jahren ein Ausschlag am Fussrücken und an der Fusssohle. Vor 5 Jahren eine Nasenaffection, worauf 2 Jahre später necrotische Knochenstückchen abgingen. Vor 2 Jahren heftige Schmerzen in der linken Stirn und Schulter. — Jetzt einige epileptiforme Anfälle namentlich der rechten Körperhälfte, Kopfschmerz, Schwindel, später Krampfanfälle in der r. oberen Extr. und bei den letzten auch in der rechtseitigen Halsmusculatur, später nebstbei Schlafsucht, Apathie. Schliesslich apoplektiformer Anfall mit rechtseitiger Hemiparese, Herabhängen des l. oberen Augenlides. Erweiterung der l. Pupille; verminderte Harnsecretion. Allmäliges Schwinden der Erscheinungen. Pat. rückt wieder zur Truppe ein, bekommt aber nach $2^1/_2$ Monaten wieder zwei epileptiforme Anfälle.

E. H., Hauptmann im 44. Inf.-Reg., 36 J. alt, kam am 28. Oct. 1877 auf meine Abtheilung. Anamnestische Daten waren bei dem alsogleich zu schildernden Zustande des Pat. nicht zu erhalten. Man fand nämlich bei der Nachmittags-Visite den Patienten kräftig gebaut, gut genährt, von weisser Hautfarbe. Sein Bewusstsein ist stark getrübt; er wusste sich gar nicht daran zu erinnern, was dem jetzigen Zustande vorhergegangen ist, er wusste nicht anzugeben, wo er sich gegenwärtig befinde und warum und von wem er hereingebracht wor-



den sei, er antwortete nur träge und äusserst unvollständig oder gar nicht auf an ihn gestellte Fragen; er habe weder Kopf- noch sonstige Schmerzen. Die Pupillen eng, gleich weit; das linke obere Augenlid hängt etwas herab und wird nicht ganz vollständig gehoben. Die Stirn wird beiderseits gleich gut gerunzelt; der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer als der linke, die Nasolabialfalte ist rechts weniger deutlich ausgesprochen als links; die Zunge weicht etwas nach rechts ab. Sonst von Seite der Hirnnerven keine Störung. An den Brust- und Unterleibsorganen durch die physikalische Untersuchung nichts Abnormes nachweisbar. Die Kraft in den oberen Extremitäten gering, namentlich in der rechten, doch können mit denselben alle Bewegungen ausgeführt werden. Lässt man den Kranken aus dem Bette aufstehen, was nur mit Hilfe des Wärters möglich ist, so entsteht beim Sich-aufstellen ein 6maliges Schütteln der rechten unteren Extremität. Pat. kann nur unterstützt von 2 Personen einige Schritte gehen, wobei die rechte untere Extremität etwas nachgeschleift wird. Die Sensibilität scheint nicht gestört zu sein. Beim Anschlagen mit der Fingerspitze an den Stamm oder die unteren Extremitäten kommt es stets nur zu einer Reflexzuckung in der rechten unteren Extremität. Empfindlichkeit der Dornfortsätze und der Nackenmusculatur gegen Druck, jedoch keine Nackenspannung. Puls 54, klein und schwach. Keine auf Syphilis hindeutende Erscheinungen. Eisumschläge auf den Kopf und Jodkali.

29. October. P. 56. Trotzdem Pat. seit gestern nicht urinirt hatte, wurde die Blase mit dem Katheter fast leer gefunden; die ganz geringe Quantität dunkelgelben Harnes enthielt kein Eiweiss. Sonst Status idem.

30. October. Pat. ist heute etwas mehr bei Bewusstsein. Die Sprache ist träge; viele Worte fallen ihm nicht ein; das ihm vorgesagte Wort „Mödling" kann er erst nach einiger Zeit nachsprechen. Die linke Pupille ist etwas weiter als die rechte. Puls 68. Sonst Status idem.

31. October. Pat. ist heute noch mehr bei Bewusstsein, aber nur für die Gegenwart; er weiss, das er sich im Garnisons-Spit. Nr. 1 befinde, wer wir sind etc., aber über die früheren Verhältnisse kann er keine Auskunft geben. Die Sprache ist besser. Die Harnsecretion sehr gering.

2. November. Das Tastgefühl an der rechten oberen Extremität merklich herabgesetzt, nicht aber das Schmerzgefühl. Sonst Stat. idem.

Das Gedächtniss kehrt für die nächste Vergangenheit immer mehr zurück, ebenso die Kraft sowohl im Allgemeinen, als auch insbesondere in den rechtseitigen Extremitäten. Die Sprache ist noch träge. Die Pupillen sind nicht mehr so eng, die Differenz der beiden hat sich verloren; das linke obere Augenlid hängt nicht mehr herab. Die Zunge weicht nicht mehr nach rechts ab, die Mundwinkel stehen hoch und die Nasolabialfalten sind gleich stark ausgesprochen. Die Harnmenge etwas reichlicher.

5. November. Die Besserung schreitet rasch vorwärts. Pat. gibt bereits so ziemlich genaue Daten über seine früheren Verhältnisse und über die Entwicklung der Krankheit an; dass er jedoch jemals eine venerische Krankheit gehabt habe, läugnet er entschieden.

6. November. Heute gesteht Pat. bereits, dass er vor ungefähr 10 Jahren einen Schanker überstanden habe. Die Besserung schreitet rasch vorwärts.

12. November. Pat. steht schon auf, geht ganz gut, hat dabei keinen Schwindel. Die psychischen Functionen fast ganz normal, ebenso die Sprache. An den rechtseitigen Extremitäten keine Störungen mehr.

14. November. Pat. hat gestern einen Brief geschrieben, worauf er etwas Schmerz und Hitzegefühl im Kopfe vorübergehend hatte.

17. November. Pat. bietet nichts Abnormes dar. Ich stellte ihn in der Vorlesung vor und nahm daselbst mit ihm folgende Anamnese auf: Vor 12 Jahren hatte Pat. einen Schanker auf der Vorhaut, welcher 14 Tage dauerte und auf Sublimatbehandlung heilte. Einen Ausschlag habe er darnach nicht bemerkt, wohl aber eine Halsentzündung, die 2—3 Wochen dauerte. 1869 hatte er abermals ein kleines Geschwür am Frenulum, welches in etwa 3 Wochen heilte. 1870 bekam er einen Ausschlag am Fussrücken und an der Fusssohle, welcher schliesslich in Pistyan geheilt wurde. Im Juni 1872 erkrankte Pat. an einem Nasenleiden, in Folge dessen im Verlaufe eines Jahres der Geruch ganz verloren ging, und der Geschmack wesentlich beeinträchtigt wurde. Im Nov. 1874 wurde ihm eine graue Salbe für die Nase ordinirt, und unter deren Gebrauche ging ihm in ungefähr 3 Wochen ein Knochensplitter aus der linken Nasenhöhle heraus. Hierauf stellte sich das Geruchsvermögen nach und nach wieder so ziemlich ein, er habe jedoch immer etwas Aashaftes gerochen. Einige Tage darnach kamen auch aus der rechten Nasenhöhle mehrere Knochensplitter heraus, welche von den Nasenmuscheln herrühren



sollten. Während der ganzen Dauer seiner Nasenerkrankung habe er an jeden Abend wiederkehrenden, heftigen, bohrenden Kopfschmerzen, namentlich entsprechend der Stirn gelitten. Ganz normal sei sein Geruchsvermögen noch jetzt nicht, auch leide er noch immer an Schnupfen. 1875 bekam Pat. heftige rheumatische (?) Schmerzen in der linken oberen Gesichtshälfte und im linken Schultergelenke. Eine Badekur zu Baden im September habe ihm nur etwas Nutzen verschafft; die Schmerzen im Schultergelenke hörten auf, die Schmerzen im Kopfe kehrten jedoch zeitweilig wieder. Im Juni 1877 sei er in Folge einer Verkühlung bei der Waffenübung an einer rechtseitigen Pleuritis erkrankt, welche in etwa vier Wochen abgelaufen war. Es entwickelte sich aber ein Bronchialkatarrh, behufs dessen Behebung Pat. am 2. August nach Gleichenberg abreiste und daselbst die Constantinsquelle trank. Am 31. August Abends ging Pat., nachdem er sein Mineralwasser getrunken hatte, spazieren. Er mag etwa eine halbe Stunde von Gleichenberg entfernt gewesen sein, da wurde er plötzlich von krampfhaften Zuckungen befallen, welche sich von der Oberlippe gegen das Auge und zwar rechterseits erstreckten. Gleichzeitig kam es zu einem zusammenschnürenden Gefühle im Halse und zu dem Unvermögen zu schreien. Später wurde auch die rechte obere Extremität und schliesslich auch die rechte untere und der Hals von krampfhaften starken Zuckungen ergriffen. Pat. sei bei vollkommenem Bewusstsein gewesen, konnte aber einige in einer gewissen Entfernung befindliche Individuen nicht rufen, da er ja seine Sprache verloren hatte. Nach einigen Minuten wurde er von heftigem Zittern ergriffen, fiel nach rückwärts auf den Boden, hörte einen heftigen Krach und verlor das Bewusstsein. Im bewusstlosen Zustande dürfte er nach seiner Combination etwa eine halbe Stunde gelegen sein. Er wurde in diesem Zustande von einem Bauer gefunden, der ihn rüttelte, und als er zu sich kam, aufhob. Pat. fühlte Schwäche in den Gliedern und einen starken Schwindel. Nach etwa drei Stunden sind auch diese Erscheinungen vorübergegangen und Patient fühlte sich am nächsten Tage wieder ganz wohl. Am 5. September sei er jedoch abermals u. zw. dreimal von ähnlichen Krampfanfällen befallen worden, denen auch jedesmal Bewusstlosigkeit folgte. Der 1. Anfall überraschte ihn des Morgens beim Brunnen in demselben Augenblicke, als er trinken wollte. Er setzte das Glas an, nahm etwas von dem Wasser in den Mund, es entstand ein brennen-



des Gefühl an den Lippen, als wenn dieselben angeätzt wurden und alsbald trat ein dem kurz zuvor beschriebenen ähnlicher Anfall auf, der etwa 20 Minuten gedauert haben soll. Darauf begab er sich zu Fuss in seine etwa 10 Minuten entfernte Wohnung, ohne dabei auch nur im geringsten zu ermüden. Der 2. Anfall kam gegen 5 Uhr Nachmittags und dauerte bis zur Wiederkehr des Bewusstseins etwa 15 Minuten. Während dieses Anfalles soll Pat. nach Aussage der Individuen, die ihn beobachtet haben, sehr stark mit den Füssen gestrampft haben. Nach diesem Anfalle fühlte er sich sehr matt und empfand starken Schwindel und starken Kopfschmerz. Man brachte ihn in seine Wohnung, und als man ihn auf sein Ruhebett legte, kam der 3., nur einige Minuten dauernde, ohnmachtähnliche Anfall. Nach demselben blieb Steifheit der Finger der rechten Hand für einige Zeit zurück und von da an kamen wieder heftige Kopfschmerzen, die sich besonders gegen Abend einstellten, und Pat. bekam beim Lesen und Schreiben Schwindel. — Am 13. September reiste Patient nach Graz und hatte an diesem Tage keine Kopfschmerzen. — Am 15. September trat gleich nach dem Mittagmahle ein $1^1/_2$ Stunden dauernder Krampf in der rechten oberen Extremität auf der sich von den Fingern nach aufwärts erstreckte und zugleich mit Kältegefühl in dieser Extremität einherging. — Am 16. Sept. wiederholte sich in der rechten oberen Extremität dieser Krampfanfall zweimal, dauerte jedoch jedes Mal nur etwa eine halbe Stunde.

Am 17. Sept. liess sich Pat. in das Garn.-Spital zu Graz aufnehmen, da sich am Morgen wieder solche Krämpfe im Arme eingestellt hatten. Vom 18. Sept. bis 3. Oct. 4—5 solcher Krampf-Anfälle, nur war auch die Halsmusculatur mitbetheiligt, namentlich der Sterno-cleido-mastoideus, der sich ganz hart anfühlte. Diese Anfälle wurden beobachtet und ihre Dauer betrug 12—15 Minuten.

Die allabendlichen Kopfschmerzen wurden immer heftiger, es stellte sich Schwindel bei der geringsten Anstrengung auf, die Zunge wurde schwer wie gelähmt, das Lesen wurde ihm fast unmöglich. Man rieth ihm Landaufenthalt und Elektrotherapie. Auf das hin begab sich Pat. nach Mödling am 13. Oct. Hier fühlte er sich immer schlechter und schlechter, er ermüdete leicht, verlor für Alles das Interesse, schlief nicht nur in der Nacht, sondern auch viele Stunden beim Tage, verlor immer mehr den Appetit und kam aus dem Kopfweh gar nicht mehr heraus. Schliesslich verlor er gänzlich den Appetit,



der Kopfschmerz steigerte sich zur Unerträglichkeit und die Schwäche nahm so überhand, dass er sich kaum mehr auf den Füssen erhalten konnte. Man transportirte ihn nach Wien am 24. Oct. Am 27. Oct. wurde Pat. in das Garn.-Spital Nr. 1 gebracht. Beim Hinfahren konnte Pat. noch Alles unterscheiden und sich vollkommen Rechenschaft über seine Lage geben. Beim Aussteigen aus dem Wagen verlor er jedes Gefühl von Sicherheit und er wäre hingestürzt, wenn er nicht aufgefangen worden wäre. Er war aber immer bei Bewusstsein. Das Letzte auf das sich Pat. noch zu erinnern weiss, ist, dass ihn der Wärter ausgezogen, ins Bett gelegt und zugedeckt hat. Was dann weiter mit ihm geschehen ist, weiss er nicht mehr anzugeben.

Am 16. December 1877 verliess Pat. das Spital, um zu seinem Truppenkörper zurückzukehren und seinen Dienst wieder anzutreten. Es wurde ihm jedoch der Rath ertheilt durch etwa 50 Tage das Jodkali fortzunehmen (täglich 1 Grm.) und mich bei allenfalls auftretenden Störungen um weiteren ärztlichen Rath zu befragen. Pat. hat das Jodkali bis zum 7. Febr. 1878 weiter genommen und befand sich ganz wohl. Dann setzte er das Medicament aus. Am 28. Febr. und am 2. März 1878 bekam er und zwar jedesmal nach einer vorangegangenen heftigen psychischen Erregung wieder je einen den früheren ähnlichen epileptiformen Anfall, wie ich brieflich benachrichtigt wurde. Vom 28. Febr. an nahm er daher wieder Jodkalium.

Seitdem habe ich über den Pat. nichts mehr erfahren.

6. Beobachtung. Hirnsyphilis, Vater und Onkel des Pat. haben apoplektische Anfälle gehabt, ein Bruder des Pat. hat an Hirnsyphilis gelitten und ist gesund geworden. Im 24. Jahre acquirirte Pat. einen Schanker mit darauffolgendem Bubo. 11 Jahre später psychische Reizbarkeit, häufig auch Kopfschmerzen und Schwindel und nach einem halben Jahr später durch einige Tage zeitweise Störung des Sprachvermögens. Abermals ein und ein halb Jahr später Erneuerung der Sprachstörung, ziemlich rasch auftretende Parese der unteren und in geringerem Grade auch der oberen Extremitäten, welche sich nach 10 Tagen im Verlaufe von 3 Tagen u. zw. namentlich an den unteren Extremitäten sehr rasch bedeutend steigerte. Somnolenz, Delirien, Pulsverlang-



samung, normale Temperatur, enge ungleiche Pupillen, leichte Parese der Wangenzweige des r. Facialis. Unter antisyphil. Behandlung allmäliges Schwinden der Erscheinungen, so dass nach 3 Monaten ausser Ungleichheit und leichter Verengerung der Pupillen und einer geringen psychischen Trägheit nichts Abnormes mehr vorhanden war. Darauf Badegebrauch zu Hall, wo ein syphil. Zungengeschwür auftrat, bald jedoch wieder heilte, und wo später sich wieder Kopfschmerzen einstellten, die jedoch unter Schmierkur rasch wieder schwanden, jedoch nach einem halben Jahr wiederkehrten, Schmierkur und Jodkali führten vollständige Heilung herbei, so dass Pat. wieder dienstfähig wurde. Doch trat ein Jahr später Parese des linken Abducens und der rechten oberen Extr. auf, die letztere ist bereits fast geschwunden, die erstere widersteht jeder Behandlung.

Am 30. Mai 1879 wurde ich von einem Cameraden zu dessen Schwager in ein Hôtel pro consilio gerufen. Derselbe las mir einen Brief des Pat. vor, dem ich Folgendes entnehme: „Im Winter von 1877 auf 1878 stehe ich von einem Nachmittagsschläfchen auf, hatte einen etwas eingenommenen Kopf, gehe auf die Reitschule, und kann mit dem Officier, der dort war, nicht sprechen; ich plapperte etwas zusammen und ging wieder weg. Tags darauf hatte ich ebenfalls Störungen des Sprachorganes respective Sprachvermögens. Dieser Zustand währte einige Tage. Ich muss noch hinzufügen, dass ich während dieser Tage zum Zwecke des Waschens ein Fussbad nahm. Das Wasser war etwas warm; ich wollte kaltes Wasser begehren, doch Secunden lang konnte ich keine Worte sprechen .... die Sache war vorübergegangen und ich war zufrieden ..... Seit 3 Tagen d. i. seit 17. d. M. (Mai 1879) bekomme ich wieder ganz merkwürdige Anfälle: beim Gehen Schwäche in den Füssen, unsicheres Tappen beim Auftreten, Einknicken der Knie, ferner ein Zucken in der rechten Hand, so dass mir der Reitstock aus der Hand fällt, Unsicherheit beim Schreiben, wie Du es in den ersten 10—12 Zeilen selbst sehen kannst; ich bin Nachmittag zu keinem Dienste fähig; auch beim Sprechen versagen mir manche Worte .... Habe ich eine Zeit ausgeruht, so vergeht Alles bald wieder, um eben so schnell wieder zu kommen, wenn ich gehe ....“



Camerad erzählte mir ferner, dass Pat. schon seit etwa 2 Jahren ungemein reizbar gewesen sei und seitdem auch sehr häufig an Kopfschmerzen, die bald da bald dort ihren Sitz hatten, und zu verschiedenen Tageszeiten auftraten, und häufig auch an Schwindel gelitten habe, und dass seit 3 Tagen der gegenwärtige Zustand sich ziemlich rasch entwickelt habe. Nachdem er mir über die Erkrankung referirt hatte, sagte ich, dass dieselbe nur eine Lues cerebralis sein könne, wogegen er mir einwendete, dass Pat. seit 1877 verheirathet, seitdem stets gesund gewesen sei und eine $1\frac{1}{4}$ Jahre alte, gesunde Tochter habe. Ich entgegnete, dass dies trotzdem kaum etwas Anderes sein könne, begab mich zum Pat. und fand folgenden Status praesens: Pat. ist von kräftigem Knochenbaue, gut entwickelter Musculatur, mässig fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Die Kopfhaare am Scheitel spärlich; die Leisten-, Nacken- und Cubitaldrüsen nicht geschwellt. An der Corona glandis und in der linken Leistengegend eine Narbe. Angeblich guter Schlaf, und gegenwärtig weder Kopfschmerz noch Schwindel. Ziemlich starke Somnolenz. Die Pupillen sind eng und die linke enger als die rechte; der rechte Mundwinkel wird minder gut gehoben, als der linke; sonst von Seite der Hirnnerven keine Störung. Die Kraft der oberen Extremitäten ist sehr gering, die Sensibilität, die Coordination und die Reflexerregbarkeit an derselben jedoch normal. Sehr starke Parese der unteren Extremitäten, namentlich der rechten, so dass Pat. die letztere fast gar nicht, die erstere nur ein klein wenig und nur momentan emporheben und auch die anderen Bewegungen nur äusserst unvollständig und träge ausführen kann. Die Sensibilität hat an den unteren Extremitäten höchstens ein klein wenig gelitten. An den Brust- und Unterleibsorganen nichts Abnormes. Pat. muss, wenn er Harndrang bekommt, alsbald uriniren. P. 60. — Ich ersuchte nun seine Frau und seine Schwiegermutter das Zimmer zu verlassen, und fragte ihn wann er einen Schanker gehabt habe. Ich erfuhr nun, dass dies 1866 der Fall war, und dass demselben wohl ein Bubo, jedoch weder ein Exanthem noch eine Halsentzündung nachfolgte. Am 1. Juni bekam ich einen Brief von seinem Reg.-Chefarzte Dr. Ružička, worin mir derselbe mittheilte, dass Patient vor mehreren Jahren eine allgemeine Syphilis mit einmaliger Recidive überstanden habe. Die sonstigen zum Theile erst später erhobenen anamnestischen Momente sind die folgenden: Pat. ist 37 Jahre alt. Sein Vater sei sehr zornig und aufgeregt gewesen, wurde in seinem

73. Lebensjahre vom Schlage getroffen und starb erst längere Zeit darnach. Die Mutter lebe, sei 62 Jahre alt und gesund. Der Bruder sei 1877 als Oberlieutenant wegen Lues cerebralis auf meiner Abtheilung gewesen, gesund geworden, und sei gegenwärtig activer Hauptmann. Ein Bruder des Vaters sei ebenfalls vom Schlage getroffen worden und erst 2 Jahre nach demselben gestorben. Pat. selbst sei früher stets gesund gewesen. Seine Frau habe niemals abortirt und sei, wie ich es auch selbst bestätigen kann, gesund. Pat. wurde auf meine Abtheilung aufgenommen. Schmierkur, Jodkalium etc.

2. Juni. 36·5°, 36·6°, P. 52. Pat. delirirte etwas gestern Nachmittags. Heute ist die Somnolenz geringer, er antwortet etwas rascher auf an ihn gestellte Fragen; die Lähmung der Extremitäten ist geringer. Die Harnentleerung unwillkürlich.

3. Juni. Pat. delirirte gestern Abends wieder, behauptet, dass es ihm besser gehe. Pat. geht bereits mit Unterstützung zweier Wärter einige Schritte, wobei er die Neigung nach rückwärts zu fallen hat, während die rechte untere Extremität mehr zurückbleibt. Sonst Stat. idem. Am Abend unwillkürliche Stuhlentleerung.

4.—6. Juni. Noch immer leichte Somnolenz und geringe Delirien Tag und Nacht. Sonst Stat. idem.

7. Juni. Wie geht es Ihnen H. Rittmeister? — fängt an zu weinen. Warum weinen Sie? „Das ärgste Gefühl“ und lacht dabei. Pat. macht ein heiteres Gesicht und lacht zeitweise, doch kommen ihm dabei Thränen in die Augen, die er mit dem Leintuche abwischt. P. 56. Sonst Stat. idem.

8. Juni. T. 36·2°, P. 60. Pat. ging heute bereits ohne Unterstützung einige Schritte und die Motilität der oberen Extremitaten ist so ziemlich normal. Sonst Stat. idem.

9. Juni. 36.3°, P. 64. Nachts noch immer Delirien. Sein Stuhl begann unwillkürlich, jedoch alsbald verlangte er vom Wärter die Leibschüssel. Die Pupillen sind nicht mehr so enge. Sonst Stat. idem.

10. Juni. Pat. lacht heute über meine Blouse, obwohl dieselbe nichts Besonderes darbietet. Er hatte heute einen willkürlichen Stuhl und urinirt bei Tage nicht mehr ins Bett. In der Nacht war Pat. sehr unruhig. P. 64.

13. Juni. P. 60. Pat. wollte gestern Abends aus der Urinflasche trinken, hat die ganze Nacht geschlafen und dabei den Harn unwill-



kürlich ins Bett entleert. Bei Tage geht Pat. schon ganz allein auf den Leibstuhl und dann wieder ins Bett zurück.

16. Juni. Pat. sah heute auf der Schnur der Hängelampe einen Affen auf- und abklettern. Puls 60. Sonst Stat. idem.

17. Juni. T. 36·0°, P. 60. Pat. hat heute Nachts delirirt, den Harn und Stuhl unwillkürlich entleert. Jetzt erzählt Pat., dass er heute Nachts in einem Dorfe in der Nähe von Wien gewesen sei und daselbst Wein getrunken habe. Wie konnten Sie denn aus dem Zimmer herausgehen? „Der Wärter war nicht da.“ Hat Ihnen der Wein geschmeckt? „Ja, er hat mir sehr geschmeckt?“ Mit wem waren Sie dort? „Allein“.

18.—26. Juni. Pat. schlief in der Regel ruhig, entleerte Stuhl und Harn willkürlich, ging schon zeitweise im Zimmer herum, und war so ziemlich bei Bewusstsein. Puls 60—64. T. normal. Nur am 20. Juni wollte er öfters das Zimmer verlassen und am 24. Juni Nachts wollte er zum Festzuge gehen und in dieser Nacht entleerte er auch den Stuhl unwillkürlich.

26. Juni bis 4. Juli. Die letzte unwillkürliche Harnentleerung erfolgte am 28. Juni. Pat. onanirte diese Tage, war während dieser Tage apathisch und zeigte ein kindisches Benehmen. Puls 60—72. Sonst Stat. idem.

10. Juli. Pat. ging gestern ganz allein ins Bad und auch zurück (eine ziemliche Strecke); er interessirt sich wenig um seine Frau. Sonst Stat. idem.

13. Juli. Pat. hat gestern Abends Kopfschmerzen gehabt. Die Onanie hat er bereits, wie es scheint, aufgegeben. Puls 76. Sonst Stat. idem.

16. Juli. Pat. ist bereits den ganzen Tag ausserhalb des Bettes, liest, versteht das Gelesene ganz gut, merkt sich auch Alles, ist aber noch immer etwas kindisch, lächelt oft ohne jede Veranlassung.

18. August. Pat geht bereits den ganzen Tag herum, zeigt nur eine ganz geringe Trägheit der psychischen Functionen, etwas enge und ungleiche Pupillen, sonst nichts Abnormes. Pat. geht zum Kurgebrauche nach Hall in Ober-Oesterreich.

Im letzteren Bade entwickelte sich ein Geschwür an der Zunge, welches nach einiger Zeit wieder heilte. Eine weitere Besserung sei in Hall nicht erzielt worden, ja in der letzteren Zeit haben sich wieder zeitweise Kopfschmerzen eingestellt. Pat. liess sich daher am 3. Oct.



1879 wieder auf meine Abtheilung aufnehmen. Es wurde wieder die Schmierkur und Jodkalium angewendet und Pat. am 26. October mit dem Rathe entlassen, Jodkalium durch längere Zeit fortzugebrauchen. Er zeigte ausser Ungleichheit der Pupillen keine Störung.

Anfangs April 1880 stellten sich jedoch wieder zeitweise Kopfschmerzen ein; Pat. liess sich daher am 18. April 1880 wieder auf meine Abtheilung aufnehmen. Die Pupillen waren noch immer ungleich; der Puls wieder etwas verlangsamt (60); zeitweise Kopfschmerz. — Seit 28. April kein Kopfschmerz mehr, der Puls normal. Am 6. Mai wurde Pat. wieder entlassen. Pat. besuchte mich nun von Zeit zu Zeit, nahm zeitweise Jodkalium. Pat. blieb gesund, ja es verlor sich auch die Ungleichheit der Pupillen, er wurde daher im November rearbitrirt und versah nun seinen Dienst ohne Anstand. Da bekam er Anfangs April 1881 bei sonstigem vollständigem Wohlsein zeitweise Doppeltsehen, wozu sich später trotz Jodkaliumgebrauches eine Schwäche in der rechten oberen Extremität gesellte. Pat. kam daher wieder nach Wien auf meine Abtheilung u. z. am 14. Mai 1881. Ausser ziemlich starker Parese des linken Abducens und einer ganz geringgradigen Parese der rechten oberen Extremität nichts Abnormes. Schmierkur, Jodkalium und galvanische Behandlung brachte nur eine mässige Besserung zu Stande. Im August begab sich Pat. wieder nach Hall, kehrte jedoch Ende September ohne jeden Erfolg zurück und nimmt jetzt seitdem wieder Jodkalium und wird galvanisirt. Bis jetzt (10. November 1881) hat sich jedoch nur die Parese der rechten oberen Extremität merklich, die des linken Abducens aber gar nicht gebessert.

7. Beobachtung. Im Verlaufe von 3 Jahren 3 Schanker; schon nach dem ersten Ausfallen der Haare und weisse Flecke an der Zunge. 8 Jahre nach dem ersten Schanker Hirnsyphilis unter dem Bilde von Lähmung mehrerer Hirnnerven, die selbst nach vier Jahren noch nicht zur Heilung gekommen war.

E. H....feld, k. k. Lieutenant in Pension, 30 Jahre alt, seit 1871 verheiratet, Vater eines 5 Jahre alten gesunden Kindes, kam am 6. Mai 1877 in meine ärztliche Behandlung. Pat. gibt an, 1859 an einer rechtsseitigen Augenentzündung durch 6 Monate krank gewesen zu sein und seitdem mit diesem Auge wie durch einen Schleier



gesehen zu haben, 1864 habe er zu Agram durch längere Zeit an Wechselfieber gelitten. 1866 acquirirte Pat. einen Schanker, der 5 Monate angedauert haben soll und zu welchem sich später ein Ausfallen der Haare und weisse Flecken auf der Zunge gesellten. 1868 abermals Schanker mit Paraphimosis und 1869 zum dritten Male ein chancröses Geschwür. Pat. überstand ausserdem mehrere Tripper, der letzte, den er 1875 sich zuzog, bestehe noch gegenwärtig. Sein gegenwärtiges Leiden habe 1874 mit erschwertem Kauen und einem schwammigen Gefühle im Munde begonnen. Dazu gesellten sich später neuralgische Schmerzen in der linken Gesichts- und Zungenhälfte und Speichelfluss. Im Verlaufe einiger Zeit schwanden alle diese Erscheinungen und es sei nur ein dumpfes Gefühl in der linken Gesichtshälfte geblieben. Der Stuhl war sehr träge. In den letzten zehn Tagen verschlimmerte sich das Sehvermögen auf dem rechten Auge merklich.

Status praesens 6. Mai 1877: Pat. von mässigem Knochenbaue, mässig genährt, etwas blass. Zeitweise dumpfe Schmerzen in den Schläfen, die ungefähr zwei Stunden andauern und in unregelmässigen Zwischenräumen wiederkehren. Lähmung des rechten N. oculomot. in allen seinen Aesten. Die linke Pupille ist eng und wenig reagirend. Die Zunge weicht nach links ab. Von Seite beider Faciales keine Störung. Die Sensibilität ist entsprechend dem ersten und zweiten Aste des Trigeminus etwas, entsprechend seinem dritten Aste etwas mehr abgestumpft; am vorderen Ende der Zunge scheint sie auch rechterseits vermindert zu sein. Seit zwei Tagen habe er Schlingbeschwerden, im Rachen ist jedoch keine Lähmung nachweisbar, im Gegentheile ein stärkeres Vorspringen des Arc. pharyngo-palat. Zeitweise treten in den unteren Extremitäten angeblich Krämpfe auf; objectiv von Seite der Extremitäten nichts Abnormes nachweisbar. An den Brust- und Unterleibsorganen nichts Abnormes. Der ophthalmoskopische Befund der Augen negativ. Ohrbefund: Exostosen im äusseren Gehörgange. Jodkalium in steigender Dosis und galvanische Behandlung. Halssympathicus beiderseits stabil, durchs Hinterhaupt und den rechten Oculomotorius, ferner faradische Pinselung der linken Gesichtshälfte.

16. Juni. Die rechtsseitige Oculomotoriuslähmung wesentlich gebessert; der Bulbus wird nur noch nach innen nicht ganz vollkommen bewegt und die Pupille ist noch einmal so weit, als die

übrigens verengte linksseitige; sonst am Oculom. rechts keine Störungen, Auch die Sensibilität ist entsprechend der linken Gesichtshälfte besser als früher.

25. Juni. Gestern waren neuralgische Schmerzen in der rechten Schläfe und im rechten Auge, sowie viermaliges Erbrechen vorhanden. Sonst Stat. idem.

1. Juli blieb Pat. aus und kam erst am 26. März 1878. Er gibt an, dass er zunächst aufs Land ging und sich daselbst wohl befand. Im Herbste habe er eine Abnahme des Gedächtnisses bemerkt, dann und wann gegen Abend Kopfschmerzen gehabt, sei vor dem Einschlafen manchmal zusammengezuckt, habe aber übrigens gut geschlafen. Im Februar 1878 bemerkte Pat., dass seine rechte untere Extremität schwächer werde, dass er sie beim Gehen etwas nachschleppe, und dass er auch häufig in Folge dessen stolpere. Er bot folgenden Befund:

Die linke Pupille ist eng (höchstens $1^1/_2$ Mm. im Durchmesser) und reagirt sehr träge. Die rechte Pupille ist ziemlich stark erweitert und reagirt sehr wenig; sie ist mehr nach aussen gelagert, da die äussere Zone der Iris fast um die Hälfte schmäler ist als die innere; keine Synechien. Parese des linken Abducens. Am rechten Bulbus ausser der Erweiterung der Pupille keine Bewegungsstörung, ebenso an den Augenlidern. Beim Schliessen der Augenlider Vibriren derselben. Die Zunge weicht beim Hervorstrecken nach links ab. Die Sensibilität ist an der linken Kinnhälfte etwas abgeschwächt, an der Stirn, der Nase und am Ohr normal, sonst an der linken Gesichtshälfte etwas gesteigert. In der Rachen- und Mundhöhle ist die Sensibilität links normal. Beide Gehörgänge etwas verengt. Am rechten Ohre hört Pat. die Taschenuhr auf 8 Zoll, links jedoch selbst beim Auflegen auf das Ohr nicht. Die Kraft der linken Hand ist geringer, als die der rechten; sonst an den oberen Extremitäten nichts Abnormes. Beim Gehen wird der linke Fuss etwas weniger vom Boden abgehoben als der rechte, wobei Pat. ein Gefühl von Spannung im linken Knie wahrnimmt. Keine Coordinationstörung an den Extremitäten. Pat. schwankt bei aneinandergestellten Füssen etwas, bei gleichzeitiger Schliessung der Augen etwas mehr. Sensibilität an den unteren Extremitäten normal. Kein Gürtelgefühl, keine Störung der Genital- und der Harnblasenfunctionen. Sonst nichts Besonderes. Galvanisation und Jodkalium.



10. April blieb Pat. wieder aus, und seitdem habe ich ihn nicht mehr wiedergesehen.

8. Beobachtung. Ulcus indurat., 1 Jahr darnach Psoriasis palmaris und 6 Jahre später Ulcus molle. 13 Jahre nach der Primäraffection nach nur zweitägigen Prodromalsymptomen über Nacht rechtsseitige Lähmung und Sprachstörung. Jodkalium, später Gastein, später Schmierkur, Elektricität und Jodkalium bringen nach etwas mehr als 1 Jahre fast vollständige Heilung und Diensttauglichkeit.

E. Z., Hauptmann im k. k. Mil.-Techn.-Comité, 33 Jahre alt, stamme von gesunden Eltern ab, und sei bis 1867 stets gesund gewesen. Da acquirirte er ein Ulcus durum am Penis. Ein Jahr darnach habe er Psoriasis der Hohlhand beiderseits bekommen, die unter einer Inunctionskur schwand. 1873 acquirirte Pat. abermals, und zwar diesmal ein weiches Geschwür, das ohne weitere Folgen geblieben sei. Dann sei er wieder gesund gewesen bis 11. März 1880, an welchem Tage er ohne jede Veranlassung Schwindel und ein unbehagliches Gefühl und Schwäche in den unteren Extremitäten bekam. Am nächsten Tage bemerkte er einen unsicheren Gang und setzte sich daher nieder und begab sich, nachdem er mehrere Versuche zu gehen fruchtlos angestellt hatte, zu Bette, was nur sehr mühsam vor sich ging.

Am 13. März bemerkte er, dass sein Sprachvermögen gestört, seine rechten Extremitäten und seine rechte Gesichtshälfte gelähmt seien. Pat. kam nun ins Garn.-Spital Nr. 2 und bekam daselbst Jodkalium. Unter dieser Behandlung verlor sich die Sprachstörung und besserte sich die Lähmung ziemlich rasch, so dass er nach Gastein geschickt werden konnte. Dort machte die Besserung wieder Fortschritte, so dass er nach dem 21. Bade bereits eine Stunde spazieren gehen konnte. Seit September habe Pat. sehr häufig einen linksseitigen Kopfschmerz und ein Klingen im linken Ohre, seitdem habe auch die Körperkraft allmälig etwas abgenommen.

Am 1. März 1881 wurde Pat. auf meine Abtheilung aufgenommen und bot folgenden Status praesens dar:

Pat. von mässigem Knochenbaue, mässig entwickelter Musculatur und mässig fetthältigem Unterhautzellgewebe. Das Kopfhaar am Scheitel etwas spärlicher, sonst am Scheitel nichts Abnormes. Eingenommen-



sein des Kopfes und sehr häufig, namentlich nach körperlichen Anstrengungen, ein stechender Schmerz in der linken Stirn- und Hinterhaupthälfte, sowie ein Klingen im linken Ohre. Die Zunge weicht nach rechts, die Uvula etwas nach links ab; sonst von Seite der Hirnnerven nichts Abnormes. Die Brust- und Unterleibsorgane bieten normale Verhältnisse dar. An der rechten oberen Extremität eine unbedeutende Schwäche, die Pat. nur beim Schreiben merkt und ein geringes Handphänomen. Der rechte Fuss kann im Sprunggelenke willkürlich nicht vollständig dorsalwärts flectirt und in dieser Flexion nicht lange wegen Ermüdung erhalten werden; beim Gehen fällt daher die vordere Hälfte des emporgehobenen Fusses nach abwärts und Pat. muss daher die rechte untere Extremität im Hüft- und Kniegelenke stärker beugen. Die rechte untere Extremität ermüdet leichter als die linke. Rechts ist ein deutlicher Achillessehnenreflex, der so lange andauert, als man den Fuss dorsalwärts flectirt hält; links fehlt ein solcher. Der Patellar-Sehnenreflex ist rechts enorm, links nur mässig gesteigert. Die Sensibilität überall normal.

Schmierkur (50 Einreibungen zu 2·00) Jodkalium und Elektricität. Unter dieser Behandlung besserte sich sein Zustand allmälig so bedeutend, dass er nach zwei Monaten höchstens dann und wann etwas eingenommenen Kopf hatte, dass die Dorsalflexion wohl vollständig, aber nicht so prompt war, als diejenige der linken Seite, dass die Patellar-Sehnenreflexe wohl noch immer, aber nicht so stark wie früher gesteigert waren, und dass der Achilles-Sehnenreflex nur zeitweise und in äusserst geringem Grade nachweisbar war. Pat. wurde am 31. Mai nach Hall beurlaubt.

9. Beobachtung. 1866 zweimal einen Schanker. Von 1880 neuralgische Schmerzen im Hinterhaupte. Im Herbst 1881 leichter apoplectischer Anfall. Tod Anfangs März 1882 durch Hämorrhagie ins Kleinhirn, in die Brücke und in die Medulla oblong. Excentrische Hypertrophie des ganzen Herzens in Folge der luetischen Gefässerkrankung.

Hyp. K....i, k. k. Hauptmann des 15. Inf.-Reg., 47 Jahre alt. 1866 vor und nach dem Feldzuge angeblich je einen weichen Schanker. 1867 habe Pat. wegen allgemeiner Schwäche durch 12 Wochen hindurch die Kaltwasserkur gebraucht. 1877 überstand Pat.



einen Tripper. Seit etwas mehr als 2 Jahren leide Pat. an heftigen stechenden Hinterhauptsschmerzen, die anfallsweise mit zumeist kurzen Intervallen auftreten. Im Herbste 1881 wurde plötzlich seine linke Körperhälfte leicht gelähmt und weniger empfindlich, was sich jedoch nach einigen Tagen wieder verlor, seitdem habe er sehr häufig ein Gefühl von Ameisenlaufen in den linksseitigen Extremitäten und in der linken Gesichtshälfte. Seit dem Spätsommer habe er häufig auch Herzklopfen, jedoch dabei nur äusserst selten und nur in der allerletzten Zeit Athembeschwerden. Vor 4—5 Wochen fingen die Füsse um die Knöchel zu schwellen an, welche Schwellung anfangs nur äusserst langsam, vom 2. März 1882, an welchem Tage durch viele Stunden reissende und durchschiessende Schmerzen im Kreuzbeine vorhanden waren, verhältnissmässig ziemlich rasch zunahm, so dass Pat. schliesslich seinen Dienst nicht mehr verrichten konnte. In der letzten Zeit war der Stuhl unregelmässig, die Harnexcretion bot jedoch nichts Abnormes dar. Trinker sei er niemals gewesen.

Am 7. März 1882 wurde Pat. auf meine Abtheilung aufgenommen und bot folgenden Status praesens dar: Pat. von kräftigem Knochenbaue, gut entwickelter Musculatur, mässig fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Die Haut ist ziemlich blass. Ziemliches Oedem der unteren Extremitäten, ein mässiges der Bauchhaut bis hinauf zum Nabel und der Lendengegend, ein geringes an den oberen Extremitäten. Leichte Cyanose. Von Seite des Gehirnes und der Hirnnerven gegenwärtig keine Abnormitäten nachweisbar. Die V. jugul. ext. ist linkerseits ziemlich stark ausgedehnt (sie hat etwa 1 Ctm. im Durchmesser), rechterseits etwas weniger. Der Brustkorb regelmässig gebaut, die Respiration beschleunigt, costoabdominell, etwas angestrengt, der Herzstoss im 6. Intercostalraume etwa 2 Ctm. nach aussen von der Papille, ziemlich verbreitet und verstärkt; ausserdem sieht man im 3. Intercostalraume am linken Sternalrande eine systolische Pulsation. Die Herzdämpfung beginnt am oberen Rande der 4. Rippe, geht nach abwärts in die Leberdämpfung über und erstreckt sich der Breite nach vom rechten Sternalrande bis fast zur vorderen Axillarlinie. Die Herz- und Gefässtöne sind begrenzt, der 2. Pulmoralton ist deutlich verstärkt. Entsprechend den hinteren unteren Partien der Lungen ein geringer Bronchialkatarrh. Die peripherischen Arterien mässig weit, der Puls kräftig jedoch nicht schnellend, in den beiden Aa. radial., sowie auch in der A. radial. dext.



und in der A. cruralis synchronisch. Der Unterleib ist mässig aufgetrieben, nicht druckempfindlich und enthält frei bewegliche Flüssigkeit, die in der Rückenlage bis 2 Ctm. unterhalb des Nabels reicht; die Leberdämpfung vom 5. Intercostalraume bis ein Querfinger unterhalb des Rippenbogens und ein Plessimeter unterhalb des Proc. xyphoideus. Die Milz nicht vergrössert. Der Harn ist röthlichgelb, leicht getrübt, enthält einige Schleimflöckchen und ziemlich viel Eiweiss, jedoch weder Cylinder noch Epithelien der Harnkanälchen. Inf. fol. Digit.

9. März. Der Hydrops hat etwas weniges zugenommen. Sonst Stat. idem.

11. März. Abends klagt Pat. über Schmerz an der Ansatzstelle des r. M. quadriceps an die Patella.

12. März. Die Harnmenge ist grösser, der Harn blässer und enthält weniger Eiweiss. Digit. ausgesetzt.

13. März. Pat. hat seit gestern Abends heftige Schmerzen im Hinterhaupte, die sich heute gegen $11^1/_4$ Uhr Mittags ausserordentlich steigerten und jetzt auch von heftigem Erbrechen sowie auch von dem Ausbruche eines profusen Schweisses begleitet waren; die Pupillen waren sehr eng. Um $^1/_2$5 Uhr waren die Pupillen noch immer sehr eng. Pat. vollständig bei Bewusstsein, erbricht noch zeitweise, bietet die Cheyne-Stockes'sche Respiration ganz exquisit dar, hat eine erschwerte, lallende Sprache und einen kräftigen Puls von normaler Frequenz. Beginnendes Trachealrasseln. Um $^3/_4$12 Uhr Nachts Tod.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle (Dr. Weichselbaum): Das Schädeldach kurz, $^1/_2$ Ctm. dick, spongiös; die Dura mater ist dünn, stark durchscheinend mit Blut injicirt. Die inneren Hirnhäute sind überall zart; von ihren Blutgefässen sind selbst die feineren Verästlungen injicirt und dieselben häufig geschlängelt. Die beiden Aa. vertebrales sind leicht erweitert; die Intima derselben, besonders diejenige der linken Arterie, zeigt zahlreiche kleine, gegen das Lumen vorspringende, gelblich weisse Plaques. An der Vereinigungsstelle der beiden Aa. vertebrales ist die Auflagerung an der Intima etwas bedeutender und hiedurch das Lumen verengt. In der A. basil. sind die beschriebenen gelblich weissen Auflagerungen sowohl minder zahlreich, als auch kleiner; an dem Ursprunge der l. A. profunda cerebri ist dagegen eine 2—3 Mm. dicke Auflagerung der Intima und hiedurch bedingte starke Verengerung des Lumens. Im weiteren Ver-



laufe sowohl der linken als auch der rechten A. cerebri profunda finden sich an der Intima sehr zahlreiche 1—2 Mm. dicke, gelblich weisse Auflagerungen. Solche finden sich auch, jedoch in geringerer Zahl, in der r. A. communicans post., während die l. A. com. post. frei ist. Am cerebralen Ende der r. A. carotis int. sitzt wieder eine, mindestens 3 Mm. dicke Auflagerung, durch welche das Lumen um mehr als die Hälfte verengt wird. Diese Auflagerungen setzten sich auch in die beiden Aa. fossae Sylvii bis zur Verzweigung derselben fort, während die Aeste derselben glattwandig sind. Die beiden Aa. corp. callosi zeigen an ihrer Ursprungsstelle ebenfalls eine Verdickung ihrer Intima, die sich in der linken Arterie noch auf eine grössere Strecke fortpflanzt. Die beiden Aa. ophthalmicae zeigen an ihrem Ursprunge ebenfalls eine bedeutende Verdickung ihrer Intima. Die Gyri des Grosshirnes sind abgeplattet; die Rindensubstanz ist röthlich grau; die Marksubstanz zeigt auf der Schnittfläche entsprechend den Durchschnitten kleinerer Arterienäste kleine Höckerchen, die eine bedeutende Resistenz dem Finger darbieten. — In der Marksubstanz des rechten Hirnlappens neben dem Gyrus fornicatus findet sich eine bohnengrosse, von klarem Serum erfüllte Cyste, die eine derbe, gelbliche, unebene Wandung besitzt. Die Hirnventrikel sind durch flüssiges dunkelrothes Blut stark ausgedehnt. In der vorderen Hälfte des Kleinhirn-Oberwurmes, nämlich im Centralläppchen und im Monticulus und in den daran grenzenden Partien der beiden Kleinhirnhemisphären ist ein taubeneigrosser, frischer hämorrhagischer Herd, welche in die rechte Kleinhirnhemisphäre sich etwas mehr hinein erstreckt, als in die linke. Dieser Herd reicht einerseits bis in die 4. Hirnkammer, andererseits an einzelnen Stellen bis zu den Hirnhäuten. In der medialen Parthie des linken oberen Lappens (Lob. semilun. sup. sin.) des Kleinhirnes ist ein zweiter wallnussgrosser, ebenfalls frischer hämorrhagischer Herd. Die an beide Herde angrenzende Substanz des Kleinhirnes ist weicher und von gelblichem Serum durchtränkt. Das Ependym der Hirnventrikel ist etwas verdichtet und zähe. In den vorderen oberflächlichen Parthien des rechten Linsenkernes ist eine über erbsengrosse, von gelbem Serum erfüllte Cyste. In der Substanz des Pons Varoli sind 4 hanfkorngrosse Blutaustritte und eine ebenso grosse frische Hämorrhagie in den vordersten Parthien der Medul. oblong. zwischen den beiden Pyramiden. Das Herz ist in allen seinen Durchmessern stark vergrössert; seine Höhlen, beson-

ders diejenigen des linken Ventrikels stark erweitert; die Musculatur beider Ventrikel, insbesondere die des linken hochgradig verdickt und sehr resistent; die Klappen zeigen ausser einer leichten Verdickung keine Anomalien. Die A. coronar. ventr. sin. zeigt dieselben Veränderungen, wie die Hirnarterien. Während die Intima des Conus arter. sin. nur sehr geringe Veränderungen darbietet, sind am Arcus Aortae schon grössere, stellenweise von Kalksalzen durchsetzte Plaques.

Anwachsung beider Lungen. In den hinteren Partien des linken Unterlappens einige oberflächlich gelegene, etwas verdichtete, schwarzrothe Herde. — Die Intima der beiden Aa. carot. com. zeigt einzelne gelblich weisse Plaques. — Die Leber ist etwas kleiner; ihre Substanz derb, blutreich. Die Milz etwas vergrössert; ihr Stroma stark entwickelt; an ihrer Convexität zahlreiche, keilförmige, schwarzrothe Herde. Beide Nieren von entsprechender Grösse; ihre Substanz sehr derb; die Rinde röthlich grau, matt, schwarzroth.

Diagnose: Chron. Endarteriitis der Arterien der Hirnbasis (syphil. Ursprunges?). Zwei hämorrhagische frische Herde im Kleinhirn mit Durchbruch in die 4. Hirnkammer. Eine apoplectische Cyste im rechten Linsenkerne und im Marke des rechten Stirnlappens. Kleinere frische apoplectische Herde im Pons Varoli und in der Medull. oblong. Chron. Endarteriitis des Arcus Aortae und der Carotis com. beiderseits, ferner der Kranzarterie des Herzens. Excentrische Hypertrophie des ganzen Herzens. Frische hämorrhagische Infarcte im linken unteren Lungenlappen und in der Milz. Lungenanwachsung.

Epicrise. Die Diagnose intra vitam war sehr schwer. Die Hypertrophie des ganzen Herzens und der grosse Eiweissgehalt des Harnes schien für eine primäre Nierenerkrankung und consecutive Hypertrophie des Herzens zu sprechen. Das Fehlen von Harncylindern und Epithelien der Harnkanälchen im Harne trotz sorgfältiger Untersuchung, ferner der Umstand, dass sich unter dem Gebrauche der Digitalis die Harnmenge vermehrte und der Eiweissgehalt auffallend abnahm, sprach jedoch mit Wahrscheinlichkeit gegen eine Nierenerkrankung und veranlasste mich die Albuminurie als durch Stauung bedingt anzunehmen. Die genaue Abwägung der in den letzten 12 Lebensstunden aufgetretenen Hirnsymptome, die leider nicht von mir selbst, sondern von meinem



Assistenzarzte Dr. Schwarz beobachtet wurden, führte mich bei der klinischen Besprechung des Falles noch vor der Section zu der Diagnose, dass dieselben durch eine Hämorrhagie in die Organe der hinteren Schädelgrube zu erklären und nicht als urämische aufzufassen seien. Ich stellte demnach die Diagnose auf Lues cerebralis mit consecutiver Hirnhämorrhagie in die Organe der hinteren Schädelgrube. Die Hypertrophie des Herzens glaubte ich zum Theil aus der luetischen Erkrankung der Hirngefässe, zum Theil aus einer syphil. Myocarditis erklären zu können. Der letztere Process wurde jedoch durch die Obduction nicht nachgewiesen. Meine klinische Diagnose war demnach bis auf den letzten Punkt richtig.

10. Beob. 2 Jahre nach der Primäraffection 2 Wochen hindurch heftige Kopfschmerzen, die sich am Abend steigerten, dann Verminderung derselben, aber leichte Schwäche der rechtss. Extremitäten und zeitweises Zittern in denselben durch $4^1/_2$ Monate. Hierauf plötzlich rechtsseitige Hemiplegie, die sich ziemlich rasch verlor. 2 Wochen nach dem Auftreten dieser linksseitige Hemiplegie fast vollständige Facialislähmung links, Zungenlähmung, erschwertes Schlingen, Nackencontractur. Trismus, leichte Contraction der l. Extremitäten, Abschwächung der psych. Functionen. Daneben syphilit. Geschwüre am Scrotum und an der rechten unt. Extr. Im weiteren Verlaufe Zurückgehen der Sprachstörung, der Facialislähmung, aber Zunahme der Contractur der linken Extremitäten und zunehmende Verblödung unter zeitweise auftretenden psych. Erregungszuständen.

M. P...k, Führer des 7. Uhlanen-Reg., 33 Jahre alt, sei bis 1866 stets gesund gewesen. Im Herbste 1866 acquirirte Pat. einen Schanker, der in einigen Wochen heilte. Ob eine Verhärtung des Geschwüres vorhanden gewesen, weiss Pat. nicht anzugeben; einen Ausschlag darnach habe er nicht bemerkt, doch sei ihm eine Anschwellung der Lymphdrüsen in der Ellbogenbeuge und am Nacken aufgefallen; in der linken Ellbogenbeuge soll dieselbe taubeneigross gewesen sein. Anfangs Juni 1868 wurde er von heftigem Kopfschmerze befallen, der sich in den Abendstunden steigerte und mit jedem folgenden Tage

an Intensität zunahm. Nach 2 Wochen liessen die Schmerzen merklich nach, doch machte sich dem Pat. eine eigenthümliche Schwäche im rechten Unterschenkel sowie in der rechten oberen Extremität bemerkbar; auch leichtes Zittern trat zeitweite in den genannten Gliedmassen auf. Er machte jedoch noch immer seinen Dienst. Ende October 1868 machte sich ihm bei einer Feldübung die Schwäche des rechten Unterschenkels besonders bemerkbar. Am 6. November trat plötzlich eine vollkommene Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten auf. Pat. wurde ins Spital gebracht und verblieb daselbst bis 20. Nov. Hier verlor sich die Lähmung ziemlich rasch, ohne dass eine besondere Behandlung eingeleitet worden wäre, bis auf die schon vorher bestandene Schwäche. In der Nacht vom 21. auf den 22. November sei Pat. aus einem von schreckhaften Träumen begleiteten Schlafe plötzlich aufgewacht; er wollte aus dem Bette steigen, konnte aber seine linksseitigen Extremitäten nicht gebrauchen. Er wurde ins Spital gebracht und am 23. Nov. 1868 auf die med. Klinik Duchek's transferirt.

Status praesens. Pat. gross, von starkem Knochenbaue und kräftig entwickelter Musculatur. Das Unterhautzellgewebe ziemlich fettreich. Die Haut des Gesichtes ist geröthet und zwar rechts stärker als links. Die Stirn kann links nicht vollkommen gerunzelt, die linke Lidspalte nicht vollständig geschlossen werden; die unteren Zweige des linken Facialis sind fast vollständig gelähmt, die linke Pupille ist weiter als die rechte, reagirt aber auf den Lichtreiz. Die Bewegungen der Bulbi bieten keine Störung dar. Die Conjunctiva bulbi ist beiderseits injicirt; in den inneren Augenwinkeln sind schleimig-eitrige Klümpchen angesammelt. Die Spitze der Zunge kann nur bis etwas über die Zähne hervorgestreckt werden und weicht dabei etwas nach links ab. Die Rachenschleimhaut ist geröthet, die Uvula nicht seitlich abweichend. Zeitweise, besonders bei angestrebten oder nach so eben ausgeführten Schlingbewegungen tritt Trismus, von lautem Zähneknirschen begleitet, auf. Das Schlingen ist erschwert. Die Nackenmusculatur zeigt eine leichte Contractur; die Nackendrüsen sind mässig geschwellt, nicht schmerzhaft. Die Brust- und Unterleibsorgane bieten nichts Abnormes dar. Die Leistendrüsen sind bohnen- bis haselnussgross, hart, nicht schmerzhaft; die Lymphdrüsen der linken Ellbogenbeuge stellen einen harten, schmerzlosen, taubeneigrossen Tumor dar. Am Hodensacke halbkreisförmige Geschwüre mit etwas aufgeworfenen



Rändern und speckigem Grunde, in deren Umgebung die Haut tief geröthet ist. Geschwüre anderer Art mit flachen, livid gefärbten Rändern und mit mit braunen Borken bedeckter Basis finden sich auch an der rechten unteren Extremität und zwar eines an der inneren Seite des unteren Dritttheiles des Oberschenkels von ungefähr 2 Zoll Länge und $^1/_2$ Zoll Breite und ein zweites, etwas kleineres, an der äusseren Seite des unteren Dritttheiles des Unterschenkels oberhalb des äusseren Knöchels. Die linke obere Extremität ist complet gelähmt und im Ellbogengelenke in Beugecontractur, die sich jedoch bei mässigem Kraftaufwande überwinden lässt. Die linke untere Extremität ist ebenfalls complet gelähmt, dabei ausgestreckt und zeigt nur bei passiver Beugung im Kniegelenke und bei passiven Bewegungen im Hüftgelenke eine leicht zu überwindende Muskelspannung. Die rechtsseitigen Extremitäten sind nur in geringem Grade paretisch; Pat. kann mit denselben alle Bewegungen ausführen, aber dieselben sind etwas plump und etwas träger. Das Tast-, Localisations- und Schmerzgefühl ist an der linken Gesichts- und Stammeshälfte herabgesetzt, an den linksseitigen Extremitäten erloschen, an der rechten Körperhälfte ist dieselbe normal. Bei schmerzhaften Aeusserungen bewegt sich nur die rechte Gesichtshälfte. Die Temp. ist an den linksseitigen Extremitäten um 4° niedriger als an den rechtsseitigen. Die psychischen Functionen liegen stark darnieder; über die anamnestischen Momente kann Pat. gegenwärtig nur sehr unvollkommene Aufschlüsse geben, insbesondere weiss er nicht anzugeben, wo und seit wann er sich hier befindet; er ist sich der traurigen Lage, in der er sich befindet, sehr wenig bewusst. Die Antworten erfolgen gewöhnlich erst eine geraume Zeit nach den gestellten Fragen; die Sprache ist äusserst schwerfällig, lallend. Die höheren Sinnesorgane lassen keine Störung nachweisen. T. 37·7°, P. 96. Die faradische Erregbarkeit der vom Facialis versorgten Muskeln des Gesichtes ist linkerseits etwas gesteigert, die des M. masseter sin. und die der linksseitigen Extremitäten, sowie diejenige der correspondirenden Muskeln der rechten Körperhälfte normal. Die elektro-cutane Sensibilität der linken Körperhälfte ist gegenüber derjenigen der rechten etwas herabgesetzt; bei der faradischen Pinselung der linken Gesichtshälfte behufs Untersuchung der elektrocutanen Sensibilität kommt es zu Contractionen der Gesichtsmuskeln, während dies rechterseits nicht der Fall ist. Die galvanische Erregbarkeit am linken N. radial. ist gegenüber dem rechten etwas ge-

steigert; die Anfangsreaction ist am ersteren 18 Ka. S. Z., beim letzteren 21 Ka. S. Z.

Therapie: Jodkali und Sublimatinjectionen (0·007 zweimal täglich).

24. Nov. Pat. ist heute mehr somnolent, und die Contractur in den linksseitigen Extremitäten ist stärker. T. 38·0°, P. 100.

25. Nov. Pat. war in der Nacht sehr unruhig und delirirte zeitweise. Gegen Morgen traten in der linken unteren Extremität in Intervallen von etwa $^1/_4$ Stunde Anfälle von Convulsionen von der Dauer von einigen Minuten bis zu $^1/_4$ Stunde auf, wobei die Zuckungen sich allmälig bis zu dem Grade steigerten, dass das Bett erzitterte, und dann allmälig wieder abnahmen und schliesslich schwanden und während der ganzen Dauer des Anfalles von Trismus begleitet waren.

26. Nov. T. 37·0°, P. 80. Pat. delirirte nicht; ist heute mehr bei Bewusstsein. Sonst Stat. idem.

28. Nov. Pat. schläft ruhig, fiebert nicht, spricht etwas deutlicher und gibt, wenn auch langsam, richtige Antworten. Die Convulsionen treten in Intervallen von etwa 1 Stunde auf. Die Contractur der linken oberen Extremität hat etwas zugenommen. Sonst Stat. idem.

29. Nov. Pat. hatte unwillkürliche Harn- und Stuhlentleerung. Der Anfall von Convulsionen in der linken unteren Extremität ist seit gestern nur 1mal aufgetreten. Sonst Stat. idem.

30. Nov. Seit gestern keine Convulsion und kein Trismus mehr. Pat. fühlt bereits stärkere Nadelstiche an den linksseitigen Extremitäten; die Contractur nimmt jedoch zu. Sonst Stat. idem.

7. Dec. Die Facialislähmung ist etwas geringer, die Sprache ist deutlicher, das Schlingen nicht mehr erschwert, die Sensibilitätsstörung der linken Körperhälfte hat sich gebessert, die Contractur in der linken oberen Extremität hat jedoch auffallend zugenommen, so dass dieselbe an den Stamm fest angezogen im Ellbogengelenke unter einem spitzen Winkel und auch im Handwurzel- und in den Fingergelenken ziemlich gebeugt ist. Das Bewusstsein noch immer ziemlich getrübt; die Harn- und Stuhlentleerungen unwillkürlich. Appetit ist gut.

31. Decemb. Der Zustand in Gleichem, nur dass die Lymphdrüsenschwellung sich zurückbildet und die Geschwüre in Heilung begriffen sind.

Jänner 1869. Im Verlaufe der ersten Hälfte des Monates haben sich die Anschwellungen der Lymphdrüsen ganz zurückgebildet und



die Geschwüre heilten vollkommen. In den ersten 3 Tagen des Jänner fieberte der Kranke etwas und hatte Nachts furibunde Delirien. Entsprechend den grossen Trochanteren und den Sitzknorren beginnender Decubitus. Sonst Stat. idem.

Febr. Im Verlaufe dieses Monates kehrte die Sensibilität in der linken Körperhälfte fast vollständig und es schwand die Lähmung des linken Facialis fast ganz. Die psychischen Functionen sind progressiv in Abnahme begriffen. Daneben ist Pat. zeitweise sehr unruhig, manchmal sogar tobsüchtig. Der Appetit hat sich zu einer enormen Gefrässigkeit gesteigert. Der Decubitus ist an einzelnen Stellen in Heilung, an anderen im Fortschreiten begriffen. Sonst Stat. idem.

März. Pat. magert ab und verblödet immer mehr, leidet an Schlaflosigkeit, ist aber in der Nacht bereits ruhiger. Die Contractur ist eher etwas stärker. Die antisyphilitische Therapie wird ausgesetzt Sonst Stat. idem.

April. Pat. klagt zeitweise über Schmerzen in den gelähmten Gliedmassen. Der Decubitus ist vernarbt.

Mai. Die Verblödung hat bereits einen hohen Grad erreicht und die psychische Unruhe nimmt wieder zu. Pat. wird daher am 20. Mai 1869 auf die Abtheilung transferirt.

11. Beobachtung. Vor 9 Jahren indurirter Schanker. Seit 6 Jahren zeitweise ohne jede Veranlassung grosse Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und ziehende Schmerzen in den unteren Extremitäten. Von October bis Ende December 1870 Entwicklung einer Affection der hinteren Schädelgrube, die unter Anwendung von Jodkali, später auch von 20 Einreibungen mit Ung. hydrarg. und Elektricität fast ganz zurückgeht.

Victor L . . e, k. k. Oberlieutenant, 31 Jahre alt. Der Vater sei im Alter von 69 Jahren an Entzündung der Brustorgane gestorben, die Mutter lebe noch und leide seit dem J. 1851 an einer ihm nicht näher bekannten Nervenkrankheit, die sie zumeist das Bett zu hüten zwingt. Keines seiner fünf Geschwister leide an einer Nervenkrankheit. In seiner Kindheit habe er eine Kopfkrankheit überstanden, die seine Existenz in Frage gestellt haben soll. Im April 1859 acquirirte Pat. einen weichen Schanker, der eine Schwellung der linksseitigen Drüsen im Gefolge hatte, welche letztere sich unter dem Gebrauche von



Pillen zurückbildete. Im Aug. 1859 überstand Pat. ein Wechselfieber, das ihn sehr bedeutend schwächte. 1860 zog er sich wieder einen Schanker und gleichzeitig einen Tripper zu, welche beide unter dem Gebrauche äusserer Mittel bald heilten. 1861 acquirirte Pat. einen harten Schanker, der zwar unter dem Gebrauche äusserer Mittel zuheilte, aber noch für längere Zeit eine Verhärtung zurückliess. 2 Monate darauf trat ein einseitiger intensiver Kopfschmerz auf, der sich des Nachts steigerte, und ein über den ganzen Körper verbreiteter Ausschlag, welche Erscheinungen unter dem Gebrauche von Jodkalium verschwanden. 1864 erkrankte Pat. abermals an Wechselfieber, das sich jedoch unter Chininanwendung bald verlor. Gleichzeitig bekam er ohne nachweisbare Veranlassung einen linksseitigen vereiternden Bubo, der nach erfolgter Incision sehr lange Zeit zur Heilung brauchte und den Pat. sehr erschöpfte. Seitdem seien ihm auch zeitweise die Haare ausgegangen. August 1865 traten Schmerzen im rechten Unterschenkel auf, die besonders in der Nacht sehr heftig waren; dabei fand sich an der inneren Fläche des Schienbeines an einer umschriebenen Stelle eine schmerzhafte Knochenauftreibung. Unter Jodkaligebrauch verloren sich diese Erscheinungen. Von 1866—1870 litt Pat. wiederholt an Bronchialkatarrhen. Seit 1864 trat zeitweise u. zw. ohne irgend eine nachweisbare Veranlassung, eine grosse Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, ziehende Schmerzen in den Extremitäten und Schwäche in den unteren. Im October 1870 bekam Pat. ziemlich heftige Schmerzen im Hinterhaupte, die sich besonders in der Nacht steigerten. Dieselben dauerten 8 Tage, setzten dann aus, um nach 18 Tagen wiederzukehren. Diese Schmerzen waren ziehend, hatten ihren Ursprung im Nacken und erstreckten sich von da über die beiden Seiten des Hinterhauptes bis zu den Schläfen; in der Nacht waren sie im Nacken zumeist bohrend. Daneben litt Pat. an Schlaflosigkeit und seit Mitte November auch an einem Gefühle von Spannung im Nacken und an Schwäche in den unteren Extremitäten. Seit 4. Dec. traten Schwindelanfälle auf, wobei der Kranke gleichzeitig Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen und das Gefühl hatte, als ob sich die Gegenstände um ihn drehen würden. Diese Anfälle kamen anfangs seltener, nach und nach häufiger, fast täglich und dauerten nur mehrere Minuten. Bei den letzten 5 Anfällen (am 17., 18., 23., 24. und 25. December) trat ausserdem noch ein Gefühl von Eingeschlafensein und Schwäche in



den rechtsseitigen Extremitäten, erschwertes und träges Sprechen und das Gefühl von Ameisenlaufen in beiden Gesichtshälften, namentlich um den Mund herum. Seit dem 16. December bemerkte er, wenn er in die Ferne und gleichzeitig nach rechts sehe, Doppeltsehen. Am 24. December sah ich den Pat., stellte die Diagnose auf Lues cerebralis und ordinirte ihm Jodkalium 1 Grm. (15 Gran) pro die. Am 26. December Abends trat wieder ein Schwindelanfall auf, gepaart mit dem Gefühl von Druck in der Stirn und continuirlichem Brechreiz, sowie zeitweisem Erbrechen. Dies dauerte den ganzen Abend. Die Nacht brachte Pat. sehr unruhig zu, der Schlaf wurde sehr häufig unterbrochen, wobei dann Pat. jedes Mal Schwindel, Kopfschmerz, Brechreiz hatte und beim Versuche aufzustehen, zusammenbrach. Am nächsten Morgen hörte der Brechreiz und das Gefühl von Druck in der Stirn auf, dagegen dauerte der Kopfschmerz und der heftige Schwindel an, die Sprache war träge und Schwerhörigkeit und Ohrensausen am rechten Ohre vorhanden. Jodkalium 1·5 Grm., Bittersalz und kalte Umschläge auf den Kopf. Am Abend des 27. December war Pat. apathisch, hatte enge Pupillen; Puls 60. Sonst Stat. idem. Von da an langsame Besserung. Am 31. December wurde Pat. ins Spital aufgenommen. Seit 7. Jänner 1871 kein Schwindel mehr. Stat. praes. 11. Jänner 1871: Pat. ist gross, von kräftigem Knochenbaue, mässig entwickelter Musculatur und mässig fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Das Kopfhaar spärlich. Die Nacken-, Cubital- und Leistendrüsen sind etwas geschwellt, hart, nicht schmerzhaft. Kein Schwindel mehr, Kopfschmerz gering, ziehend. Das Gedächtniss etwas abgeschwächt. Die Pupillen sind mässig verengt und wenig reagirend, Doppeltsehen beim Sehen nach rechts und oben schon in der Entfernung von 2 Schuh. Am rechten Ohre Sausen; Hörweite rechts $1^1/_4$—$1^1/_2$, links 2 Schuh. Die Untersuchung mit dem Ohrspiegel ergab an den Ohren keine Veränderungen. Pat. geht nicht mit breiter Basis, aber schwerfällig, ermüdet sehr rasch und taumelt beim Umdrehen. Bei an einander geschlossenen Füssen schwankt Pat. etwas, welches Schwanken sich bei Schliessung der Augen etwas steigert. Zeitweise ein Gefühl von Ameisenlaufen am rechten Oberschenkel und um den Mund. Die elektrocutane Sensibilität an der linken Nasenhälfte und der rechten Oberlippe etwas, an der rechten Hand und am rechten Fusse ein klein wenig herabgesetzt. Die elektromusculäre Contractilität an den Streckmuskeln des rechten Vorderarmes etwas



vermindert, diejenige in den Beugemuskeln etwas gesteigert. Am oberen Drittel der rechten Tibia eine kleine Exostose. An den Brust- und Unterleibsorganen nichts Abnormes nachweisbar. 2 Grm. Jodkali pro die. Am 1. Februar wurde Pat. auf die med. Klinik aufgenommen und wurde anfangs expectativ behandelt. Als sich jedoch wieder Eingenommensein des Kopfes einstellte, die ziehenden Schmerzen im Hinterhaupte und die Schwäche in den unteren Extremitäten sich steigerten und das Ameisenkriechen im rechten Oberschenkel und um den Mund, das schon geschwunden war, wiederkehrte, verordnete man wieder Jodkalium. Es trat wieder rasch Besserung auf. Vom 2. März wurde nebstbei auch noch die galvanische Elektricität (Symp. ♂ beiderseits, durchs Hinterhaupt und labile ♀ RM. N. St. an den unteren Extremitäten) und vom 3. April die Schmierkur (20 Einreibungen von 2·5 Grm. ung. hydrarg.) angewendet. Am 1. Mai verliess Pat. das Spital; alle Erscheinungen bis auf eine leichte Gehörsschwäche und eine unbedeutende Schwellung der früher erwähnten Drüsen sind geschwunden.

12. Beobachtung. 8 Monate nach der Primäraffection durch 14 Tage Kopfschmerz, dann Halblähmung der rechten Körperhälfte ohne Verlust des Bewusstseins. Rasche Besserung. 8 Wochen nach dem Anfalle plötzliche Verschlimmerung (complete Lähmung der rechten Körperhälfte und Verlust der Sprache). Allmälige Rückbildung der Erscheinungen bis auf Spuren, aber Vorhandensein der Symptome einer secundären Degeneration des rechten Seitenstranges des Rückenmarkes.

J. Grz . . . i, k. k. Lieutenant des 56. Inf.-Reg., 28 Jahre alt, gibt an, dass in seiner Familie keine Nervenkrankheiten vorkamen, und dass er selbst, einen 1872 überstandenen Tripper abgerechnet, bis zum J. 1877 gesund gewesen sei. Da acquirirte Pat. im September einen Schanker, den er selbst mit einer Präcipitatsalbe behandelte. 8 Wochen nach dem Auftreten des Schankers trat ein Exanthem auf, welches Pat. ebenfalls selbst behandelte, (Schmierkur, 18 Einreibungen) da er zum Officier avanciren sollte und sich daher durch Krankmeldung zu schaden fürchtete. Der Ausschlag verlor sich bald. Ende April 1878 stellte sich beim Pat. ein heftiger drückender Schmerz in der linken Kopfhälfte, namentlich gegen den Scheitel jeden Abend



ein, welcher etwa 2 Stunden dauerte. Ungefähr 14 Tage nach dem Auftreten des Kopfschmerzes (Anfangs Mai) fühlte Pat. während des Exercirens ein Gefühl von Schwere in den rechtsseitigen Extremitäten; nichts desto weniger konnte Pat. die Uebung noch zu Ende machen. Hierauf begab er sich ins Gasthaus. Hier trat plötzlich ohne Beeinträchtigung des Bewusstseins eine Halblähmung der rechtsseitigen Extremitäten, Verminderung des Gefühles in denselben, Lähmung der rechten Wange und erschwerte, lallende Sprache auf. Pat. konnte noch mit Unterstützung gehen, schleppte aber die rechte untere Extremität nach. Er begab sich nun ins Garn.-Spital zu Krakau. Hier besserte sich der Zustand unter Schmierkur und Jodkalibehandlung ziemlich rasch und so bedeutend, dass Pat. schliesslich ganz gut sprechen, ziemlich gut gehen und auch schon etwas schreiben konnte. Nachdem nach 8 Wochen diese Behandlung ausgesetzt worden war, wurde die elektrische Behandlung eingeleitet. Aber schon nach der 2. Sitzung trat plötzlich eine auffallende Verschlimmerung seiner Krankheitserscheinungen; ja dieselben erreichten sogar einen höheren Grad, als beim ersten apoplektischen Anfalle, so zwar, dass Pat. die Sprache fast ganz verlor und die rechtsseitigen Extremitäten und die rechte Wange fast vollständig gelähmt waren. Pat. machte wieder 42 Einreibungen und gebrauchte Jodkali, unter welcher Behandlung sich die Erscheinungen, namentlich die Lähmung der Extremitäten merklich besserten. Hierauf gebrauchte Pat. Dampfbäder und Elektricität und im Sommer 1879 die Bäder zu Gastein, wo es namentlich zu einer merklichen Besserung der Sprache kam. Von Gastein begab sich Pat. wieder in das Garn.-Spital zu Krakau, wo er wieder mit Jodkali behandelt wurde, und von da im Jänner 1880 in die Anstalt des Dr. Löw in Wien, wo er wieder die Schmierkur durchmachte und ausserdem Jodkalium gebrauchte. Im März begab sich Pat. in das Garn.-Spital zu Baden, wo er die Schwefelbäder und durch einige Zeit Jodkali gebrauchte. Die Besserung ging nur noch anfangs und nur sehr langsam und nur bis zu einem gewissen Grade vor sich; im weiteren Verlaufe konnte keine weitere Besserung erzielt werden.

Am 1. October 1881 kam Pat. auf meine Abtheilung und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. von mässigem Knochenbaue, gut entwickelter Musculatur, mässig fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Weder Kopfschmerz noch Schwindel, das Kopfhaar am Scheitel etwas spärlich.



Willkürlich werden beide Mundwinkel gleich gut gehoben, hingegen merkt man beim Sprechen und Lachen, dass dabei der rechte Mundwinkel nicht gehoben wird und die rechte Nasolabialfalte sich nicht deutlich ausprägt. Die Zunge weicht etwas nach rechts ab. Oberhalb der linken Mandel ist eine tiefe weissliche Narbe. Die Sprache ist gegenwärtig gut, die Kraft der rechten oberen Extremität ist deutlich geringer, als die der linken; ihre Bewegungen werden etwas träger ausgeführt; an ihr ist auch eine deutliche Coordinationsstörung, die sich jedoch bei Schliessung der Augen nicht steigert. Pat. fühlt an der rechten Hand die leiseste Berührung, localisirt sie aber nicht genau. Eine Andeutung des Handphänomens ist rechterseits vorhanden. Beim Gehen beugt Pat. die rechte untere Extremität nicht so gut, wie die linke. Der Patellar-Sehnenreflex ist rechts enorm gesteigert, links nur mässig. Achilles-Sehnenreflex ist rechts ganz deutlich ausgesprochen, er dauert etwa 10 Secunden, links fehlt er. Die Localisation ist am rechten Fusse ein klein wenig beeinträchtigt, sonst keine Störung der Sensibilität vorhanden. Eine deutliche Narbe an der Glans penis. Die Nacken-, Cubital- und Leistendrüsen sind nicht geschwellt. Meine Diagnose lautete auf abgelaufene Lues cerebralis und secundäre Degeneration des rechten Seitenstranges des Rückenmarkes. Dementsprechend machte ich den Pat. darauf aufmerksam, dass von einer weiteren Behandlung (sowohl einer antiluetischen, als auch einer anderweitigen) kaum mehr etwas zu hoffen sei und dass ich eine solche nur noch zu unserer Beruhigung vornehmen wolle. Es wurden 30 Inunctionen und durch einige Zeit Jodkalium angewendet, später die Galvanisation versucht, aber selbstverständlich ohne Erfolg. Pat. ist heute (19. Februar) noch in demselben Zustande, wie vor der Aufnahme.

13. Beobachtung. 1854 Schanker mit consec. Rachenentzündung. 1861 Hautsyphilis. 1867 abermals Schanker, bald darauf Geschwüre am Penis und an anderen Körperstellen. August 1864 Lues cerebralis (hintere Schädelgrube); fast complete Heilung. — 1869, 1880, 1881 leichtere Recidiven der Lues cerebralis. — Seit 1879 die Erscheinungen der Tabes dorsalis.

F. M . . . . . i, k. k. Hauptmann-Auditor in Pension, geb. 1827, gibt an, dass seine Eltern in einem sehr hohen Alter an ihm unbe-



kannten Krankheiten starben. Pat. selbst sei bis 1854 vollkommen gesund gewesen. Da acquirirte er einen Schanker, der nach etwa 6 Wochen heilte. 3—4 Wochen später stellte sich eine heftige Rachenentzündung ein, jedoch ohne dass Pat. ein Exanthem auf der Haut zugleich bemerkt hätte. Diese Rachenentzündung heilte unter dem Gebrauche von Jodkalium und von Pillen, deren Zusammensetzung ihm unbekannt war. 1860 laborirte Pat. durch 4—5 Wochen an einem Tripper. Im Mai 1861 entwickelte sich unmittelbar nach links von der Lendenwirbelsäule ein thalergrosses Geschwür, über dessen sonstige Beschaffenheit Pat. nichts Weiteres angeben kann. Zu gleicher Zeit zeigte sich an der Nasenspitze und an der linken Wange je eine 1—1½ Ctm. im Durchmesser haltende Stelle, entsprechend welcher die Haut kupferroth und geschwellt war. Unter Jodkaliumbehandlung und Aetzung des Geschwüres mit Lapis heilte sowohl dieses als auch die Flecke im Gesichte. 1866 überstand Pat. die Blattern. Im Juni 1867 acquirirte Pat. abermals einen Schanker, der sehr bald heilte. Von da an entwickelten sich an verschiedenen Stellen der Glans penis sowie des Präputiums zu verschiedenen Zeiten rothe härtliche Knötchen, welche sich zunächst in Geschwüre umwandelten und dann heilten, während inzwischen an anderen Stellen wieder neue auftraten. Dieser Zustand hielt bis März 1868 an. Um dieselbe Zeit entstanden an der linken Augenbrauengegend, an der Aussenseite des rechten Unterschenkels und in der rechten Lendengegend Geschwüre von verschiedener Grösse, welche unter Jodgebrauch in etwa 14 Tagen heilten, in der Augenbrauengegend aber noch 3 Mal recidivirten und erst unter dem Gebrauche der grauen Quecksilbersalbe dauernd schwanden. Im August 1868 trat erschwertes Schlingen auf, es entwickelte sich ganz langsam Schwerhörigkeit, Gefühl von Schwere des Kopfes, neuralgische Schmerzen im Hinterhaupte und ein schmerzhaftes Spannen im Nacken. Bald darauf trat auch Ohrensausen und Ohrenklingen sowie eine leichte Abnahme des Sehvermögens auf. Am 3. October 1868 sei, nachdem sich das Ohrensausen und Ohrenklingen rasch gesteigert haben, Schwindel, taumelnder Gang, lallende schwere Sprache und Brechneigung aufgetreten und bald darnach sei er beiderseits vollständig taub geworden. Die vom Ober-Stabsarzte Dr. Chimani am 7. October vorgenommene Untersuchung der Ohren mit dem Spiegel ergab ausser einer hirsekorngrossen, ovalen Verkalkung an der vorderen Hälfte des rechten Trommelfelles durchaus nichts Abnormes. Die Kopfknochen-



leitung war ganz aufgehoben; die Tuben normal durchgängig. Die Taubheit eine complete. Chimani stellte mir den Kranken vor. Objectiv waren ausser dem schon geschilderten Ohrenbefunde nur noch eine mässig starke und mässig schmerzhafte Nackencontractur, eine stark erschwerte, lallende Sprache, mässige Verlangsamung des Pulses, Schwäche der unteren Extremitäten, taumelnder Gang, chron. Rachenkatarrh, mässige Abmagerung vorhanden. Diagnose: Lues cerebralis (Hintere Schädelgrube). Unter Jodkaligebrauch gingen die Erscheinungen in wenigen Wochen bis auf kleine Reste zurück. Am 15. December 1868 wurde Pat. auf die Klinik Duchek's aufgenommen und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. mittelgross, von kräftigem Knochenbaue, schwach entwickelter Musculatur. Das Unterhautzellgewebe fettarm. Pat. hat ein Gefühl von Schwere und Eingenommensein des Kopfes und zeitweise auftretende Schmerzen im Hinterhaupte. Am rechten Ohre ist noch immer ein mässiges Sausen und eine geringe Abnahme des Gehörvermögens vorhanden. Pat. ermüdet leicht. Sonst sind von Seite des Nervensystems und von Seite der Ohren keine Störungen nachweisbar; dass die Verkalkung am rechten Trommelfelle noch besteht, brauche ich wohl nicht besonders hervorzuheben. Auch an den übrigen Organen nichts Besonderes, bis auf die Narben auf der Haut und am Penis, sowie auf der Schleimhaut des Rachens. Pat. bekam Jodkalium durch 3 Monate hindurch. Es verloren sich nach und nach die Schwere und das Eingenommensein des Kopfes, die Hinterhauptschmerzen; das Sausen und die Schwerhörigkeit am rechten Ohr blieb unverändert. Am 7. April 1869 wurde Pat. entlassen. Am 24. November 1869 wuchs Pat. auf die Abtheilung des Reg.-Arztes Abl mit Lungenentzündung zu. Nach dem von demselben am 6. Mai 1870 ausgestellten Zeugnisse zeigten sich in der Reconvalescenz nach der Lungenentzündung Erscheinungen von constitutioneller Syphilis auf der Haut und gleichzeitig damit Schwindel, Eingenommensein des Kopfes und Steigerung des Ohrensausens. Unter einer antisyphilitischen Behandlung verloren sich die Erscheinungen bis auf eine leichte Schwerhörigkeit und Sausen am rechten Ohre. — Von da an blieb Pat. gesund bis März 1879. Da stellte sich wieder das Gefühl von Schwere im Kopfe, eine rasch zunehmende Schwäche in den unteren Extremitäten und Unsicherheit des Gehens ein; Pat. konnte weder längere Zeit gehen, noch weniger stehen, sondern er musste öfters ausruhen. Ein Gefühl von Ameisenkriechen oder von



Taubsein bemerkte er nicht, dagegen traten öfter blitzähnlich durchzuckende, stechende Schmerzen sowohl in den unteren als auch in den oberen Extremitäten und ein zusammenschnürendes Gefühl um den unteren Theil des Unterleibes auf. An den oberen Extremitäten habe Pat. ausser den schon erwähnten Schmerzen keinerlei Störung bemerkt. Im December 1879 sei Pat. beim Einsteigen ins Bett ausgerutscht und aufs Hinterhaupt gefallen; seitdem verschlimmerten sich die Erscheinungen, und es gesellte sich Kopfschmerz, Trübesehen, häufiger Drang zum Uriniren und vermehrter Durst hinzu; der Harn war damals reichlich und blass, in der letzteren Zeit ist derselbe jedoch von gewöhnlicher Beschaffenheit.

Als Pat. im Mai 1880 mich consultirte, bot er folgenden objectiven Status praes. dar: Pat. von kräftigem Knochenbaue, gut entwickelter Musculatur, ziemlich fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Die Kopfhaare fehlen am Scheitel gänzlich. Die Bulbi prominiren schon seit längerer Zeit; dabei keine Kurzsichtigkeit; die Pupillen etwas enger, ziemlich gut reagirend; sonst von Seite der Hirnnerven keine Störung. Die Kraft der oberen Extremitäten ist etwas weniges geringer, als früher; die Sensibilität derselben ist normal; sonst ist nur noch eine leichte Coordinationsstörung an denselben nachweisbar, die bei Schliessung der Augen etwas zunimmt. Die Potenz sei schon seit längerer Zeit erloschen; etwas häufigerer Drang zum Uriniren. Gürtelgefühl in der Höhe des Epigastrium. Pat. kann höchstens 10 Minuten mit Unterstützung und mit Anstrengung, dabei mit breiter Basis gehen. Die Sensibilität ist an den unteren Extremitäten normal; dagegen ist leichtgradige Ataxie, Fehlen der Patellar-Sehnenreflexe an denselben nachweisbar. Deutlich ausgesprochenes Romberg'sches Symptom. Trägheit des Stuhles. Galvanische Behandlung: R. M. St. ℘ stabil durch 3 Minuten und labile R. M. N. St. ℘ an den oberen und unteren Extremitäten.

20. December 1880. Unter der galv. Behandlung besserte sich sein Zustand allmälig bis zu dem Grade, dass Pat. schon seit einiger Zeit keine Schmerzen in den Extremitäten mehr gehabt hatte und in der letzten Zeit schon allein, nur mit Hilfe eines Stockes, eine halbe Stunde herumgehen konnte, ohne müde zu werden. Am 19. December gegen 4 Uhr Morgens bekam Pat. ein Hitzegefühl im Kopfe und Schwindel und bald darnach eine Lähmung in der linken oberen Extremität und ein Verziehen des Mundes nach rechts. Diese



Erscheinungen verloren sich jedoch wieder nach einigen Minuten. Dann befand sich Pat. wieder wohl bis heute (20. December); da wurde er während des Ganges ins Spital wieder vom Schwindel befallen und dabei zog es ihn immer nach links und vorwärts. Mit knapper Noth erreichte er unterstützt von einem Begleiter mein Ordinationszimmer. Ich liess den Pat. gleich auf ein Krankenzimmer legen und fand folgenden Befund: Pat. habe gegenwärtig keinen Kopfschmerz, wohl aber Schwindel. Beim Versuche zu gehen, neigt sich sein Kopf nach links und vorne und es zieht ihn stets nach links. Pat. kann nur mit Hilfe eines Stockes und unterstützt vom Wärter einige Schritte mit breiter Basis und taumelnd gehen; dabei sind nur unbedeutende Erscheinungen von Ataxie beim Gehen wahrnehmbar; es wird auch keine untere Extremität nachgeschleift; die Sensibilität ist an denselben normal, die Patellar-Sehnenreflexe fehlen. Die Pupillen eng, gleich weit, wenig reagirend, Parese der Wangenzweige des linken Facialis. Beim Rückwärtsziehen des Kopfes dreht Pat. denselben gleichzeitig nach rechts, beim Senken desselben nach vorne dagegen mehr nach links. Sonst von Seite der Hirnnerven nichts Abnormes nachweisbar. Die Kraft der rechten oberen Extremität ist deutlich geringer, als normal, diejenige der linken sehr gering; den linken Daumen kann Pat. willkürlich gar nicht bewegen; sonst sind alle Bewegungen mit den oberen Extremitäten möglich, das Tastgefühl ist an den oberen Extremitäten normal; dagegen fühlt Pat. einen Nadelstich an der linken oberen Extremität als ein Brennen, rechts dagegen deutlich als einen Stich. Leichte Coordinationsstörungen an beiden oberen Extremitäten, die sich bei Schliessung der Augen etwas steigern. Gürtelgefühl wie früher. Die Harnentleerung angeblich normal; der Stuhl träge. Schon seit längerer Zeit habe Pat. während des Tages ziemlich starkes Jucken am Unterleibe, in der Nacht jedoch fehle dasselbe gänzlich selbst im wachen Zustande. An den Brust- und Unterleibsorganen nichts Abnormes. Schmierkur; Jodkalium.

Unter dieser Behandlung rasche Besserung, so dass Pat. am 30. December mit dem Wärter ins Bad gehen konnte.

20. Juni 1881. Wegen beginnender Stomatitis mercur. die Schmierkur ausgesetzt; Pat. hat im Ganzen 35 Einreibungen gemacht. 9. Februar wurde auch das Jodkali ausgesetzt. Pat. war derart gebessert, dass er sich wieder in demselben Zustande befand, wie vor dem 19. December 1880. Pat. wurde, seitdem die Schmierkur



ausgesetzt wurde, wieder elektrisirt und verliess am 22. März 1881 das Spital. Die Erscheinungen von Seite des Rückenmarkes haben sich durch die antisyphilitische Behandlung nicht gebessert.

Von da an kam Patient ambulatorisch zur elektrischen Behandlung und nahm periodenweise Jodkalium; es besserten sich allmälig, wenn auch in geringem Grade auch einzelne der vom Rückenmarke ausgehenden Erscheinungen. Im August 1881 sei er gefallen und habe sich mit dem Hinterhaupte aufgeschlagen. Von da an habe er zeitweise einen eingenommenen Kopf und zeitweise auch stechende Schmerzen im Hinterhaupte rechterseits, die auch längs des Kopfnickers nach abwärts ausstrahlen. Seit 4 Tagen höre er wieder auf dem rechten Ohre schlecht. Bei der am 10. November 1881 vorgenommenen Untersuchung fanden sich folgende objective Störungen: Pat. geht mit breiter Basis, hat einen deutlich ataktischen Gang und dabei seit einigen Tagen die Tendenz mehr nach links zu gehen. Pat. kann etwa eine halbe Stunde gehen, im Zimmer ohne Stock, draussen mit Benützung desselben. Auch beim Sitzen zieht es ihn zeitweise nach links und vorne. Die Pupillen eng, wenig reagirend. Ganz leichte Parese der Wangenzweige des linken Facialis, leichtes Abweichen der vorgestreckten Zunge nach links. Am rechten Ohre nichts Besonderes. Die Kraft in den Händen ist ziemlich gut, nur links ein klein wenig geringer, als rechts; an der linken oberen Extremität eine leichte Coordinationsstörung, an der rechten kein Gürtelgefühl, Fehlen der Patellar-Sehnenreflexe. Sonst nichts Abnormes. Ich veranlasste den Pat. sich wieder behufs Durchführung einer Inunctionskur auf meine Abtheilung aufnehmen zu lassen, was er auch alsogleich that. Es wurden 30 Inunctionen von 2 Grm. gemacht und nebstbei Jodkalium ordinirt. Unter dieser Behandlung schwand das Eingenommensein des Kopfes, die Hinterhauptschmerzen, die Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohre, die Tendenz nach links zu gehen, die leichte Parese der Wangenzweige des linken Facialis und das Abweichen der Zunge nach links, während die übrigen auf die Tabes dorsual. bezüglichen Erscheinungen fortbestehen blieben.

14. Beob. Vor 17 Jahren Schanker und 6 Monate darnach Geschwüre im Halse. Nachdem durch einige Jahre geringgradige Prodromen vorangegangen waren, kam es zu den Erscheinungen einer diffusen Hirn- und viel-



leicht auch Rückenmarkserkrankung. Fast complete Heilung unter einer antisyphilitischen Behandlung. Etwa 1 Jahr später eine leichte, rasch vorübergehende Recidive.

W. H....nn, k. k. Oberlieutenant, 34 Jahre alt, acquirirte 1862 ein Ulcus penis und bekam 6 Monate darnach Geschwüre im Halse. Seit 16 Jahren leide Pat. an trägem Stuhle, habe dabei einen verhältnissmässig geringen Appetit, schlechten Geschmack im Munde, zeitweise auch Appetitlosigkeit und Uebelkeiten. Schon seit mehreren Jahren habe er an der Innenfläche des linken Oberschenkels ein juckendes Gefühl und Schmerzen in den Schienbeinen, wie wenn er auf dieselben geschlagen worden wäre; die Erscheinungen stellten sich nach dem Erwachen auf und verloren sich allmälig, nachdem er einige Zeit herumgegangen war. Seit mehreren Jahren sei er sehr reizbar und habe auch zeitweise blitzartige Schmerzen geringen Grades in den unteren Extremitäten empfunden, die sich jedoch erst nach dem Feldzug in Bosnien im Herbste 1879 etwas deutlicher bemerkbar machten. Seit dem Herbste 1879 habe er auch fast stets ein Gefühl von Kälte in den unteren Extremitäten, ein Gefühl von Eingeschlafensein in den Füssen und andauernden Kopfschmerz, der nur zeitweise remittirt, zeitweise wieder exacerbirt. Das Gedächtniss und die Sehkraft haben in der letzteren Zeit merklich abgenommen. Auch habe Pat. häufig Schmerzen im Kreuzbeine, namentlich des Morgens und während der Nacht manchmal Drang zum Uriniren. Schon seit längerer Zeit bemerke er am After einige Hämorrhoidalknoten.

Am 24. October 1880 wurde Pat. auf meine Abtheilung aufgenommen und bot folgenden Status praesens dar: Pat. von mässigem Knochenbaue, mässig entwickelter Musculatur, wenig fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute etwas blass. An der rechten Hälfte der Glans penis findet sich eine pigmentirte Narbe. Die Lymphdrüsen sind nirgends geschwellt. Kopfschmerzen. Grosse psychische Reizbarkeit und desparate Gemüthsstimmung. Das Kopfhaar dicht. Das linke Jochbein springt stärker hervor als das rechte und ist etwas druckempfindlich. Das rechte obere Augenlid steht etwas tiefer als das linke und kann nicht vollständig gehoben werden; die rechte Pupille ist weiter als die linke, beide reagiren auf den Lichtreiz; beim Sehen nach aufwärts Doppeltsehen; der rechte Mundwinkel wird wenig gehoben; beim Heben der Oberlippe zuckt die



linksseitige Wangenmusculatur und die beiden Mm. corrugat. supercil.; die Zunge weicht nach links ab; sonst von Seite der Hirnnerven nichts Abnormes nachweisbar. Am weichen Gaumen einige kleine Narben; die Rachenschleimhaut ist geröthet und etwas geschwellt; am linken Arc. palato-gloss. ein kleines Geschwür. Die Kraft in den oberen Extremitäten ist etwas vermindert, die Musculatur, insbesondere aber die Knochen sind an einzelnen Stellen der Ober- und Vorderarme mässig druckempfindlich, sonst von Seite der Sensibilität, der Reflexe und der Coordination an denselben keine Störung nachweisbar. Die Musculatur der unteren Extremitäten ist deutlich atrophisch, die Kraft derselben ist merklich vermindert, die Sensibilität und die Coordination zeigen keine Störung; die Patellar-Sehnenreflexe sind etwas gesteigert; kein Romberg'sches Symptom. Die ersten Töne am Herzen und an den grossen Gefässen sind protrahirt. Kein Gürtelgefühl. Nachts zeitweise Drang zum Uriniren; der Harnstrahl etwas träger, der Harn bietet nichts Besonderes dar; der Stuhl träge; um den After einige Hämorrhoidalknoten; die Geschlechtsfunctionen normal. Sonst noch die in der Anamnese erwähnten subjectiven Erscheinungen. Inunctionskur (2 Grm. täglich) und Jodkalium 1 Grm. pro die.

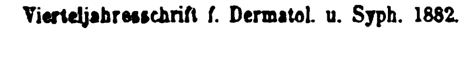
Im Ganzen wurden 40 Einreibungen gemacht, dann bekam Pat. nur noch Jodkalium und wurde galvanisirt. Unter dieser Behandlung trat eine wesentliche Besserung ein, so dass Pat., als er am 14. Jänner 1881 das Spital verliess, folgenden Status praesens darbot: Pat. ist nicht mehr so blass und ist deutlich besser genährt. Die Kopfschmerzen machten nach und nach immer grössere Pausen und sind seit drei Wochen nicht mehr aufgetreten. Die psychische Reizbarkeit und desparate Gemüthsstimmung haben sich allmälig ganz verloren. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Jochbeines verlor sich schon nach 14 Tagen ganz. Das Doppeltsehen verlor sich erst nach 8 Wochen, dagegen haben sich die übrigen Erscheinungen von Seite der Augen nicht verloren, sondern höchstens etwas vermindert. Die Parese der Wangenzweige des rechten Facialis, das Zucken in den Gesichtsmuskeln beim Emporheben der Oberlippe und das Abweichen der Zunge nach links verloren sich allmälig ganz; seit etwa 4 Wochen ist keine Spur mehr davon. Das Geschwür am linken Arc. palato-glossus war schon nach 14 Tagen geheilt. Die Kraft in den oberen Extremitäten ist jetzt so ziemlich normal; die Druckempfindlichkeit der Musculatur an denselben ist schon seit einiger Zeit ge-



schwunden, die Druckempfindlichkeit der Knochen ist nur noch sehr gering. Die Atrophie der Musculatur der unteren Extremitäten hat sich merklich gebessert. Pat. ermüdet aber noch leicht, namentlich beim Treppensteigen. Der nächtliche Drang zum Uriniren ist schon seit einigen Wochen ganz geschwunden; ebenso ist der Harnstrahl ganz normal. Der Stuhl ist normal; der Appetit ist gut. Das Kältegefühl hat sich seit 3 Wochen ganz verloren. Die durchschiessenden Schmerzen in den unteren Extremitäten sind wohl noch vorhanden, sie treten aber seltener und minder intensiv auf. Das juckende Gefühl an der Innenfläche des linken Oberschenkels hat sich während der Schmierkur verloren, kam später jedoch wieder allmälig zum Vorscheine und erreichte schliesslich dieselbe Höhe wie vorher. Die Schmerzen in den Schienbeinen sind nur sehr gering.

Pat. wurde auf 2 Monate beurlaubt, während welcher Zeit er auf mein Anrathen Jodkalium weiter nahm. Er erholte sich immer mehr und mehr, und es verloren sich nach und nach alle Erscheinungen mit Ausnahme der Veränderungen an den Augen. Einige Zeit darnach heirathete Pat. und befand sich ganz wohl. — Erst Mitte December 1881 traten zeitweise wieder Schmerzen am Scheitel des Kopfes und ein Müdigkeitsgefühl und Kälte in den unteren Extremitäten auf. Als ich den Pat. am 12. Jänner 1882 wieder sah, war derselbe mässig genährt, etwas blass; die linke Pupille war eng, die rechte deutlich weiter und beide fast gar nicht reagirend; Parese der Wangenzweige des rechten Facialis und Abweichen der Zunge nach links; leichte Ermüdbarkeit der unteren Extremitäten und Kältegefühl in denselben; etwas gesteigerte Patellar-Sehnenreflexe; am oberen Theile des linken Arcus palato-glossus ein kleines Geschwürchen; geringer Bronchialkatarrh; sonst nichts Abnormes. Innunctionskur und Jodkalium.

7. Febr. Nachdem Pat. 20 Innunctionen gemacht, verloren sich die Erscheinungen wieder, nur diejenigen von Seite der Augen blieben fast ungebessert zurück, und auch das Kältegefühl schränkte sich nur auf die eigentlichen Füsse ein. Pat. bekommt noch Jodkalium und wird galvanisirt.



Aus der Klinik für Syphilis des Geh. Rath Prof. von Rinecker in Würzburg.

Zur Frage der Schanker-Excision.

Von

Dr. Ernst Bumm,

(früherem) Assistenten der Klinik für Syphilis in Würzburg.

Die Frage nach der Berechtigung und den Erfolgen einer Behandlungsweise, welche durch rechtzeitige Entfernung syphilitischer Primäraffectionen den Allgemeinausbruch der Syphilis verhindern sollte, musste begreiflicher Weise von dem Augenblick an eine andere Gestalt gewinnen, wo in Folge der in Deutschland allgemein adoptirten Baerensprung'schen Dualitätslehre der indurirte Schanker von seinem Beginn an nicht mehr als örtlicher Affect, sondern als das Product einer constitutionellen Erkrankung angesehen wurde. In der That wurden denn auch von mehreren Seiten Misserfolge dieser ektrotischen Methode gemeldet und einige hervorragende Syphilidologen (Sigmund[1]), Lewin[2]), Fournier[3]), sprachen geradezu ein Verdict gegen dieselbe aus. Es mochte daher als ein Wagstück erscheinen, als Auspitz[4]) im J. 1877 mit einer grösseren Arbeit über die Excision der syphilitischen Initial-Sklerose für diese Methode in die Schranken trat und in der That ist es ihm gelungen, indem er an der Hand der von ihm erzielten günstigen Erfolge die Patho-

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1871, Nr. 21. 22.

[2]) Berl. Klin. Wochenschr. 1873, Nr. 12.

[3]) Syphilis chez la Femme 1873, pag. 193.

[4]) Diese Vierteljahresschr. Jahrg. 1877, S. 107.



genie des indurirten Geschwürs einer kritischen Beleuchtung unterstellte, nicht nur für die damals bereits ziemlich discreditirte Abortivbehandlung des syphilitischen Primäraffects eine neue Aera zu inauguriren, sondern die ganze Frage erlangte von da ab eine solche Tragweite, dass sie nicht mehr von der Tagesordnung verschwand und die bewährtesten Fachmänner des In- und Auslandes zu ihrer Lösung Beiträge zu liefern bemüht waren.

Mehrere Berichte lauteten zustimmend, von anderer Seite aber erhob sich Widerspruch und vor Allem waren es die beiden Wiener Kliniker Sigmund [1]) und Zeissl [2]), die als Gegner der Excision auftraten und den früher aufgestellten Lehrsatz, dass die syphilitische Initialsklerose der Ausdruck der syphilitischen Allgemeinerkrankung sei, aufs Neue betonten. Auch von Frankreich herüber kam eine Reihe ungünstiger Nachrichten und schien — lediglich die Zahl der Beobachtungen ins Auge gefasst — die Wagschale auf die Seite der Gegner der Excision sich zu neigen.

Es liegt nicht in meiner Absicht, eine historische Uebersicht und noch weniger eine Kritik der einschlägigen Literatur zu geben. Im Hinblick auf die diesbezüglichen Zusammenstellungen von Auspitz [3]) Chadzynski [4]) Leloir [5]) u. A. kann ich dies unterlassen und mich darauf beschränken, hier Eingangs auf die ausserordentliche Differenz der Beobachtungsresultate, wie sie bei der Excision der Initialsklerose erzielt worden sind, hingewiesen zu haben. Wenn auf der einen Seite unter 32 ohne alle Auswahl der Operation unterzogenen Fällen von indurirtem Schanker 14 von allen Zeichen secundärer Lues freigeblieben sind (Auspitz) und auf der anderen Seite unter 8 Fällen, welche gerade, weil sie besonders günstige Chancen für ein Gelingen zu bieten schienen, excidirt wurden, (Mauriac) nicht ein einziger glücklich endete, so fehlt dafür allerdings jede vermittelnde Erklärung und zeigt sich nur, wie schwer es ist, auf diesem Gebiete zu abschliessenden Beobachtungen zu kommen.

---

[1]) Wiener med. Blätter 1878, Nr. 33.

[2]) Wiener med. Wochenschrift 1880, S. 869.

[3]) a. a. O. S. 108 u. folg.

[4]) Annal. de Dermatol. et de Syphilogr. 2. Série I. 3. 1880 p. 461.

[5]) Ibid. II. 1. 1881 p. 69.



Die Schwierigkeiten, welche sich der Klarlegung eines anscheinend so einfachen Capitels der Syphilidologie als die Excisionsfrage es ist, entgegenstellen, sind zum Theil im Wesen der Sache begründet.

Bei der ungemeinen Variabilität des Ablaufes der syphilitischen Infection, wie sie durch die Mannigfaltigkeit und inconstante Wirkung der in Frage kommenden Factoren (individuelle Resistenzfähigkeit — Modificationen des specifischen Agens — Art und Ort der Infection u. s. w.) bedingt wird und wie sie sich im Einzelfalle schon durch die bekannten Differenzen der Incubation zu äussern pflegt, ist jede Beurtheilung erschwert und die Aufstellung allgemein giltiger Thesen unmöglich.

Hiezu kommt ferner eine Reihe von Hindernissen mehr äusserlicher Natur, die nicht zu gering angeschlagen werden dürfen.

Da die Chancen eines glücklichen Erfolges um so schlechtere werden, je später man den Giftherd aus dem Organismus entfernt, so sieht man sich nicht selten gezwungen, dem Interesse des Patienten die wünschenswerthe Sicherheit der Diagnose hintanzusetzen und zu einer Zeit zu excidiren, wo die specifische Natur des betreffenden Geschwürs noch nicht über alle Zweifel erhaben ist. Bezüglich des inficirenden Charakters und der Folgen eines typischen Hunter'schen Schankers wird ja nie lange Unsicherheit bestehen, jene leicht nässenden Stellen aber, welche einige Wochen nach der Ansteckung dem Arzte zu Gesicht kommen, eine eben fühlbare Härte zeigen und gerade so gut den Primäraffect der Syphilis als z. B. ein irgendwie gereiztes oder vernachlässigtes Herpesgeschwür darstellen können, sind kaum einer sicheren Deutung fähig und legen, wenn excidirt worden ist und weitere Symptome ausbleiben, dem gewissenhaften Beobachter selbst die Möglichkeit eines Irrthums nur zu nahe.

Confrontationen können allerdings über diese Zweifel einigermassen hinweghelfen, wenn sie nur immer möglich wären.

Was die Aufschlüsse betrifft, welche die mikroskopische Untersuchung der herausgeschnittenen Stücke zu geben vermag, so scheinen die von Auspitz und Unna, Cornil u. A. beschriebenen Veränderungen gerade hier, wo es sich um die ersten Anfänge des Processes handelt, doch zu wenig charakteristisch zu sein, um



darauf allein eine Diagnose zu bauen, wenn auch ihr Werth im Zusammenhalt mit der klinischen Beobachtung nicht unterschätzt werden soll.

Hat nun aber die Excision an einem Geschwür von sicher gestellt syphilitischem Ursprunge stattgefunden, so ist in der nothwendig lange ausgedehnten Beobachtungszeit ein neuer Umstand gegeben, welcher manchen Fall noch in später Stunde für eine wissenschaftliche Verwerthung untauglich machen kann; die breiten Gränzen, zwischen denen die II. Incubationsperiode der Syphilis schwanken kann, nöthigt uns anscheinend Gesunde noch Monate lang einer peinlichen Controlle zu unterwerfen, welche den Meisten unverständlich ist und unnöthig erscheint. Wie lange die Beobachtung ausgedehnt werden muss, steht dahin; dass eine solche von 3 Monaten aber bezüglich eines definitiven Erfolges gar keinen sicheren Ausspruch erlaubt, dürfte kaum bestritten werden, nachdem neuerdings von Güntz [1]) gezeigt worden ist, dass bei $^1/_9$ — $^1/_{10}$ aller Schanker die Syphilis noch am 100. — 159. Tage ausbricht.

Bevor man die Beantwortung einer Frage versucht, ist es immer gut, sich der Schwierigkeiten voll bewusst zu werden, die ihre Lösung bietet; möge man mir es daher nicht verargen, wenn ich diese im Vorstehenden der Hauptsache nach berührt habe, und dabei manches Bekannte und Selbstverständliche wiederholen musste.

Auf Veranlassung Geh. Raths v. Rinecker wird an dessen Syphilidoklinik der Excision der syphilitischen Initialsklerose seit dem Jahre 1877 ein besonderes Studium gewidmet; es haben sich von vorne herein alle Fälle von Schanker, welche eines syphilitischen Ursprungs verdächtig sind, einer ganz besonderen Aufmerksamkeit zu erfreuen und wird die Exstirpation überall da geübt, wo der Primäraffect seiner Dauer, seiner Ausdehnung und seinem Sitz nach günstige Aussichten für eine radicale Entfernung des Krankhaften zu bieten scheint.

Die Operationstechnik, welche ja an und für sich höchst einfach ist, erfährt dadurch einige Complication, dass nicht nur wie bei Carcinomexstirpationen die vollständigste Hinwegnahme der

---

[1]) Betz, Memorabil. 1881, 7 Heft.



inficirten Gewebstheile erstrebt, sondern auch jeder Contact des Krankhaften, besonders der absondernden Geschwürsflächen mit der Schnittwunde vermieden werden muss. Um diesen zwei Punkten möglichst Rechnung zu tragen, wurde von dem anfänglich geübten Hüter'schen Scherenschnitte abgegangen und nach gehöriger Verschorfung der secernirenden Fläche und Desinfection der Umgebung mit dem Messer, welches eine exactere Schnittführung zulässt, mindestens 1 Cm. von der äussersten Härte entfernt, der Schanker ausgelöst, so dass bei Operationen am Penis in den meisten Fällen die Corpora cavernosa bloslagen. Die Wunde wurde durch abwechselnd oberflächlich und tief gelegte Nähte so vereinigt, dass sich keine abgesackte Höhle bilden konnte. Die unangenehme Schwellung der Theile, insbesondere des Präputiums konnte durch einen Lister'schen Compressivverband, der durch eine um das Scrotum gelegte Tour einen Haltpunkt fand, immer vermieden werden und schien sich dadurch auch der Procentsatz der Primärheilung noch günstiger zu gestalten als früher, wo die Wunde einfach mit dem Oellappen bedeckt worden war.

Die Resultate dieser Behandlung aus dem ersten Jahre sind bereits veröffentlicht [1]) und haben dazu beigetragen, für gewisse Fälle die Möglichkeit einer Abortivheilung der Syphilis durch die Excision ihres Primäraffectes nachzuweisen. Durch zahlreiche Erfahrungen der nächsten vier Jahre haben die damals gewonnenen Ansichten so manigfache Modificationen nach der einen, Erweiterung nach der anderen Seite erfahren, dass eine erneute Sichtung und Zusammenstellung des vorliegenden Materials (wenngleich ein definitiver Abschluss nicht erreicht war), angezeigt erschien.

Dasselbe theilt sich in zwei Gruppen, deren erste jene Fälle umfasst, in welchen blos der Schanker ohne Rüchsicht auf die gleichzeitig bestehende Drüsenaffection entfernt wurde, während in der zweiten die Beziehung der indurirten Ganglien zur Infection und die Resultate, welche wir mit ihrer Exstirpation erzielten, erörtert werden sollen.

---

[1]) Th. Kölliker, Centralbl. f. Chirurgie 1878, Nr. 48.

I.

Die Excisionsfrage hat von Anfang an weit mehr theoretisches Interesse hervorgerufen als praktische Bedeutung gehabt und zwar waren es hauptsächlich die Aufschlüsse über das Verhältniss des Primäraffectes zur nachfolgenden Allgemeinerkrankung, um die es sich handelte.

Auf den ersten Blick und bei ganz unbefangener Beurtheilung wird wohl jeder, der einmal das Auftreten des inficirenden Schankers, seine Induration, das Hinzukommen der indolenten Drüsenschwellung und endlich mit einem Schlage das Sichtbarwerden eines über den ganzen Körper verbreiteten Exanthems u. s. f. zu beobachten Gelegenheit hatte, den Eindruck bekommen, dass das Gift zunächst an seiner Eintrittsstelle wuchs und sich vermehrte, um von da aus die correspondirenden Drüsen zu befallen und dann erst den ganzen Organismus zu überschwemmen.

Bei näherem Eingehen scheint nun mit dieser Anschauungsweise vorzüglich die bekannte Erfahrung in Widerspruch zu stehen, dass Impfversuche mit dem Secrete inficirender Schanker auf deren Träger meistens fehlschlagen. Man fragt mit Recht, warum denn, wenn doch der Primäraffect der Syphilis nur ein locales Leiden ist, eine Abimpfung auf irgend eine andere Stelle des Körpers nicht positive Resultate gibt, wie dies der weiche Schanker thut, und macht nun den freilich nicht mehr ganz zuverlässigen Rückschluss, dass wegen des Misserfolges der Organismus bereits immun gewesen sein müsse, also der Primäraffect der Ausfluss eines Allgemeinleidens sei.

Betrachten wir nun die angezogenen Impfergebnisse etwas genauer, so steht zur Zeit Folgendes fest:

Ein grosser Theil der Inoculationen bleibt allerdings ohne jede sichtbare Folge; eine kleine Blutkruste, eine geringe Röthung in der Umgebung des Stiches sind die einzigen Zeichen des vorgenommenen Eingriffes und verschwinden nach wenigen Tagen spurlos. Aus diesen negativen Resultaten ist die Theorie von der „Nichtautoinoculabilität" des Initialaffectes geschöpft. Zu ihrer Erklärung muss erstens auf die Schwierigkeit hingewiesen werden, mit der das syphilitische Virus überhaupt auf Gesunden haftet;



„es bedarf, wie Auspitz[1]) betont, die Möglichkeit der Ansteckung speciell für sie günstiger Momente, welche in den meisten Fällen nicht vorhanden sind. Anders wäre es kaum begreiflich, warum nicht das ganze Menschengeschlecht heute syphilitisch sei".

Dazu kommt als zweite nicht minder wichtige Ursache der Misserfolge, dass häufig die Impfung zu einer viel zu späten Zeit vorgenommen wird, als dass überhaupt bei der langen Incubation, welche wir dem Impfschanker ebensogut wie seinem Stammgeschwür zugestehen müssen, noch ein Anschlagen zu erwarten wäre. Angenommen, eine Abimpfung von einem harten Schanker wird 8 Tage nach dessen Auftreten prakticirt, so wird sich sein Träger etwa in der 4. Woche vom Zeitpunkt der Infection an gerechnet befinden. Indem nun das an der Impfstelle deponirte Virus wiederum 14 Tage bis 3 Wochen braucht, um eine solche Entwicklung zu erreichen, dass es sichtbare Reactionserscheinungen von Seite des Organismus und insbesondere die specifische Induration bewirkt, kann allerdings während dieser Zeit vom Stammschanker aus eine Allgemeininfection und damit eine Immunität hervorgerufen worden sein, welche ein Weitergedeihen des zweiten Virusherdes und damit das Entstehen eines Impfschankers hindert, ohne dass jene deshalb schon zur Zeit der Abimpfung oder auch noch länger nachher nothwendiger Weise bestanden haben müsste.

Dieses Ineinandergreifen der sog. II. Incubationsperiode des ursprünglich aufgenommenen Virus und der I. des Inoculationsgeschwüres macht das Impfexperiment überhaupt zu einem sehr zweifelhaften Reagens auf die vollzogene constitutionelle Erkrankung zur Zeit der Impfung selbst, etwas worauf es hier aber gerade ankommt.

Wenn man Gelegenheit hat frühzeitig von einem indurirten Ulcus auf seinen Träger abzuimpfen und insbesondere dazu eine vom primären Infectionsherd möglichst weit entfernte Stelle zu wählen, kann man öfters über die berührten Verhältnisse sehr instructive Beobachtungen machen. Zur Illustration diene folgendes Excerpt einer Krankengeschichte:

K. C. 25 Jahre alt. Infection fand am 5. Aug. 1881 statt. Ein paar Wochen später werden nässende Stellen an der Vorhaut bemerkt, welche sich allmählich in Geschwüre umwandeln.

[1]) Diese Vierteljahrschrift Jahrg. 1880, pag. 287.



Am 22. Aug. werden 1 grösseres und 2 kleinere indurirte Geschwüre constatirt und mit dem in genügender Menge vorhandenen Secret eine Impfung am rechten Oberarm vorgenommen. Nach 3 Tagen hat sich die kleine Blutkruste abgelöst und erscheint die Haut an der Impfstelle vollständig intact.

Am 10. Tage von der Impfung ab wird daselbst zuerst eine etwa stecknadelkopfgrosse Röthung bemerkt, die in den nächsten Tagen langsam zunimmt. Es sind zu gleicher Zeit Drüsenschwellungen in der Leiste aufgetreten.

Am 20. Tage findet sich eine über linsengrosse Papel mit leicht schuppiger Oberfläche, welche sich deutlich infiltrirt anfühlt. Die nächsten Tage bringen eine graugelbe Verfärbung der Papel, die nun eine allmähliche Rückbildung erfährt, so dass am 30. Tage nach der Impfung (dem 47. nach der Infection) die ganze Erscheinung verschwunden ist. Gleichzeitig mit dem Rückgang der Impfpapel tritt Schwellung der Cervicaldrüsen sowie eine Angina auf. Pat. verliess, da unterdessen seine Geschwüre am Penis verheilt waren, die Klinik, kam jedoch bald mit secundären Erscheinungen zurück.

Hier verlief die Impfung anfänglich wie bei einem Gesunden es kam zu einer ganz charakteristischen Papel, welche sich gerade anschickte, durch ihren Zerfall ein Geschwür zu bilden, als der ganze Process plötzlich und zur nämlichen Zeit mit der beginnenden Allgemeininfection zum Stillstand gelangte. Wir können uns derartige Vorgänge nur so erklären, dass der Organismus zur Zeit der Impfung und hier noch 3 Wochen nachher nicht inficirt war und sich deshalb eine Impfpapel entwickeln konnte, welche allerdings bei der nun eintretenden constitutionellen Erkrankung und hiemit bedingten Immunität keine weitere Fortschritte mehr machte.

Impfungen mit dem Secret indurirter Schanker bringen jedoch wirklich in einzelnen Fällen Geschwüre zu Stande, welche alle Zeichen der typischen Hunter'schen Induration aufzuweisen haben (Wallace, Puche). Ich werde alsbald über eine diesbezügliche Beobachtung zu referiren haben, wo eine am 23. Tage nach der ersten Infection ausgeführte Impfung auf den Träger einen noch so wenig immunen und wie man deshalb annehmen muss, vom speci-

fischen Virus so ganz undurchseuchten Boden fand, dass sich ein Schanker entwickeln konnte, der dem ursprünglichen in Nichts nachgab [1]).

Als 3. Impfresultat können mit dem Secret des harten Geschwürs endlich noch die Clerc'schen Chancroide erzeugt werden. Da jedoch eine Mitbedingung für ihr Entstehen ein bereits syphilitisches Terrain ist, kommen sie für unsere Frage nicht weiter in Betracht und können deshalb hier unberücksichtigt bleiben.

Wenn sonach auf der einen Seite ein negativer Erfolg über die Ausbreitung und den Stand der Allgemeininfection gerade zur Zeit der Abimpfung keinen Aufschluss zu geben vermag und auch auf der anderen Seite positive Inoculationen vorliegen, welche zeigen, dass noch wochenlang nach der Infection keine Immunität bestand, so können wir in diesen Thatsachen Nichts finden, was gegen die Möglichkeit einer localen Natur der Primäraffection der Syphilis spräche.

Ebensowenig können wir dies bezüglich der Menge von Analogien, welche man von allen möglichen Infectionskrankheiten herbeigeholt hat, um der Ansicht von dem raschen Eindringen des syphilitischen Virus eine Stütze zu geben. Aber selbst abgesehen davon, dass Analogieschlüssen nicht die mindeste Beweiskraft zukommt, gibt es, worauf ebenfalls schon Auspitz [2]) hingewiesen hat, Beobachtungen (Cohnheim'sche Tuberculoseimpfungen), die eine langdauernde und scheinbar vollständige Ruhe der inoculirten Materie constatiren, bis dann mit einem Male sich eine Localaffection bildet, von der aus erst secundär eine Gesammtinfection des Organismus erfolgt.

Nach diesem Rückblick auf die anderweitigen Momente, welche Primäraffect und Allgemeinsyphilis in ihrer Stellung zu einander zu beleuchten geeignet sind, kann ich mich zu den einschlägigen Ergebnissen unserer Excisionsversuche wenden.

---

[1]) Auch der von Dr. Rieger in seiner Arbeit über Schanker und Chancroid (diese Viertelj. 1881, S. 204) beschriebene Fall gehört hierher und sind aufmerksamen Beobachtern Fälle von zufälliger Autoinoculation des harten Geschwürs sicher öfters vorgekommen, wenn sie auch weniger häufig sind, als bei weichen Schankern.

[2]) Wien. med. Presse 1879, Nr. 17.



Es ist nicht beabsichtigt, die ganze Reihe der im Laufe von 4 Jahren gesammelten Fälle und vorgenommenen Versuche detaillirt aufzuführen; indem ich mich auf das Wichtigste beschränke, hoffe ich vielmehr die ermüdende Folge trockener Krankheitsprotokolle umgehen zu können, ohne deswegen dem Zusammenhange des Ganzen zu schaden.

Voran stelle ich eine Beobachtung, welche in Kürze bereits von Kölliker (l. c.) aufgezählt ist; auf diesen Fall, welcher damals nur 3½ Monate unter Controlle gestanden war, nochmals zurückzukommen, scheint mir deshalb gerechtfertigt, weil er später zu Erscheinungen geführt hat, die ihm eine ganz exceptionelle Stellung für unser Thema sichern.

1. Fall. M. B. 17 Jahre alt, puella vulgivaga. Als solche von der Polizei in das Gefängniss gebracht, begehrte sie nach 4wöchentlichem Aufenthalt daselbst Untersuchung, da ihr die zahlreichen spitzen Condylome an den Genitalien lästig wurden. Während die bei ihrem Eintritt vorgenommene Genitalexploration nichts Anomales auffinden liess, ergab sich am 8. März 1878 folgender Status: Starker Fluor vaginalis, Papillome am Scheideneingang und After; am Rande der linken grossen Labie, am Ende des oberen Drittels, eine bohnengrosse, an der freien Fläche schwach secernirende, scharf umschriebene Sklerose; Härte und Firnissglanz sind äusserst charakteristisch ausgeprägt. Weder in der Weiche noch sonst wo am Körper Drüsenschwellungen.

Am 15. März wird das Geschwür nach der Hüter'schen Methode entfernt. Die Heilung erfolgt durch Eiterung und ist bis 11. April vollständig beendigt. Drüsenschwellung ist nicht eingetreten. Die mikroscopische Untersuchung, ausgeführt von Prof. Ziegler, bestätigt die klinische Diagnose.

Am 28. Mai frei von allen constitutionell syphilitischen Symptomen entlassen, bleibt B. noch unter zeitweiser Beobachtung. Am 23. Jänner 1879 kommt sie am ganzen Körper mit Krätzepusteln bedeckt und mit starkem Fluor vaginalis und cervicalis behaftet, aber ohne Syphiliserscheinungen zurück und lässt eine fortdauernde Controlle bis 10. Mai 1879, also bis 14 Monate nach der Excision keine Spur von Lues entdecken. Trotzdem nicht überzeugt von dem Erfolge der Excision und in der sicheren Erwartung eines negativen Resultates beschloss man nach Einwilligung der B. eine Inoculation mit specifischem Secret.



Es wurde das Corium in der Mitte des linken Oberschenkels blosgelegt und darauf Eiter von einem indurirten Geschwür gebracht.

Die Impfstelle verhält sich bis zum 21. Mai reactionslos; an diesem Tage wird zuerst eine leichte aber fühlbare Härte bemerkt, an deren Stelle sich in den nächsten Tagen ein Geschwür entwickelt, das bis zum 21. Juni $1^1/_2$ Cm. im Durchmesser gross, bereits Schwellungen der correspondirenden Schenkeldrüsen zur Folge hat und bis 28. Juni einen harten Rand bekommt.

Unterdessen war am 2. Juni 1879 — also 23 Tage nach der ersten Impfung — eine ebensolche auf dem rechten Oberschenkel gemacht worden und hat folgenden Verlauf genommen: Bis 21. Juni 1879 keine Reaction; am 28. Juni war neben Röthung an der Impfstelle bereits eine leichte Infiltration zu fühlen, die allmählich zunahm und am 6. Juli zu einer Schwellung der rechten Schenkeldrüsen geführt hatte; am 16. Juli ist die Haut an der Impfstelle im Umfang eines Markstückes geröthet, leicht erhaben, theils excoriirt, theils mit Schüppchen bedeckt und derb infiltrirt.

Am nämlichen Tage Schwellungen der Cervicaldrüsen und in der nächstfolgenden Zeit unter Schmerzen im Schulter- und Hüftgelenk Auftreten einer Roseola, welche bis 21. Juli 1879 ihre volle Ausbildung erreicht. Unter einer Injectionskur von Sublimatpepton erfolgt rasche Rückbildung sämmtlicher Symptome, an den Impfstellen bleibt ein dunkelbrauner Pigmentfleck zurück.

Es folgen nun 2 weitere Fälle, in welchen nach Excision der Initialsklerose Symptome der constitutionellen Syphilis ausblieben.

2. Fall. H. E. 36 Jahre alt, Schreiber. Pat. ist verheiratet, hat gesunde Kinder und war abgesehen von einem Tripper nie geschlechtskrank. Als Tag der Infection wird mit aller Bestimmtheit der 25. April 1881 eruirt; das betreffende Frauenzimmer war eine puella publica, welche, wie sich nachträglich herausstellte, an nässenden Condylomen litt.

9 Tage später bemerkt E. am Präputium ein Bläschen und kommt deshalb auf die Klinik, wo man an der inneren Lamelle eine kleine Excoriation, anscheinend von einer geplatzten Herpeseruption herrührend, constatirt.

Trotz entsprechender Behandlung überhäutet sich der Substanzverlust nicht und bietet bei der zweiten Untersuchung folgendes Aus-



sehen: An der inneren Vorhautlamelle links sitzt ein bohnengrosser Knoten, welcher in der Mitte ein oberflächliches Geschwür trägt, das mit einem fest anhaftenden zähen Eiter bedeckt ist; die Ränder und Basis des Geschwürs sind knorpelhart, leicht von der Umgebung abzuheben. Drüsenschwellungen in der Leiste sind nicht zu fühlen.

Excision der Sklerose und Umgebung am 13. Mai 1881; Naht, Heilung per prim.; die Narbe ist linear und ganz weich.

Patient, welcher bisher alle 14 Tage auf die Klinik kommt, hat keinerlei Zeichen secundärer Lues dargeboten. Letzte Untersuchung am 15. April 1882, also fast ein Jahr nach der Operation.

Nicht unerwähnt will ich lassen, dass mit dem Secrete des excidirten Geschwürs bei einem in der Eruptionsperiode der Syphilis stehenden Kranken zwei Ulcera erzeugt werden konnten, welche sich allmählich vergrössernd einen Durchmesser von über 2 Cm. erreichten, mit stark wuchernden Granulationen erfüllt und von einem erhabenen knorpeligen Rand umwallt waren. (Tarnowsky's „pseudoindurirter Schanker — Rieger's typisch modificirtes Geschwür".)

3. Fall. R. H. Amtsgehilfe, 32 Jahre alt. Ausser einigen Trippern hat Pat. nie Geschlechtskrankheiten gehabt. Der inficirende Coitus fand in der Neujahrsnacht 1880 statt. Nach wenigen Tagen wird an der Vorhaut ein kleines Eiterbläschen bemerkt, welches trotz Behandlung mit verschiedenen Adstringentien nicht zuheilt, sich vielmehr gegen Ende Januar zu einem Geschwür mit deutlich verhärtetem Rande und Grunde ausbildet; der knopfförmige Schanker sitzt am äusseren Praeputialblatt und lässt sich mit Leichtigkeit abgrenzen und verschieben. Drüsenschwellungen in der Leiste sind nicht vorhanden.

Exstirpation am 1. Februar 1882. Die Wunde kommt nicht ganz zu primärer Heilung, die Ränder wulsten sich und scheinen etwas infiltrirt. Bis Anfang März war jedoch an der kaum mehr sichtbaren Narbe jede Härte von selbst geschwunden und sind bis heute keine Zeichen von Syphilis aufgetreten.

Die mikroskopische Untersuchung, von Hofrath Rindfleisch vorgenommen, ergab die für die syphilitische Initialsklerose als bezeichnend angegebenen Veränderungen und erhärtete so die Diagnose, welche ohnehin in dem einen Fall durch die Confrontation bestätigt war.



Diesen 3 geglückten Fällen gemeinsam und wie ich glaube nicht ohne Bedeutung für ihr Gelingen war die Einzahl des inficirenden Geschwürs, welches sich ausserdem jedesmal durch die Schärfe auszeichnete, mit welcher die indurirte Partie von der Umgebung geschieden war, und welches immer so sass, dass eine recht ausgiebige Excision ohne Schwierigkeit möglich wurde.

Bemerkenswerth erscheint ferner noch die verhältnissmässig kurze Incubationszeit, welche in den 2 letzten Fällen mit aller Sicherheit eruirt wurde. Bereits wenige Tage nach der Ansteckung in einem, 9 Tage nachher im andern trat eine Erosion auf, die bald geschwürigen Charakter annahm und einmal schon am 18. Tage eine exquisite Härte erreicht hatte. Diese auch von Auspitz in vielen seiner Fälle beobachtete Thatsache verdient gegenüber den Berichten von Mauriac Erwähnung, bei dessen (sämmtlich missglückten) Fällen dem Auftreten des Primäraffectes eine viel längere Incubation vorangegangen war.

Anlangend die vom Infections- bis zum Excisionsdatum verstrichene Zeit, so hat dieselbe 18 und 30 Tage betragen; bei Fall I liess sich Diesbezügliches nicht feststellen, wenn gleich ein vierwöchentliches Intervall sicher vorhanden gewesen sein muss.

Als dritten Punkt hebe ich endlich noch hervor, dass in keinem Falle die nächstliegenden Drüsenkörper ergriffen gewesen sind und auch späterhin eine derartige Affection nicht auftrat.

Die Heilung kam 2mal in der ganzen Ausdehnung der Excisionswunde, 1mal blos theilweise per primam zu Stande, eine recidivirende Sklerosirung ist nicht bemerkt worden.

Die vorstehenden Beobachtungen wurden deshalb etwas ausführlicher geschildert, weil sie die einzigen sind, bei welchen im Laufe unserer Untersuchungen nach einfacher Excision das Ausbleiben der Lues mit Sicherheit constatirt werden konnte. Ihnen steht nun eine Anzahl anderer Fälle gegenüber, in denen es entweder unter unseren Augen zur constitutionellen Syphilis kam oder von welchen wir diesbezügliche Mittheilungen erhielten. Nicht wenige sind ferner anscheinend geheilt aus der Klinik ausgetreten, später nicht mehr dahin zurückgekehrt und entziehen sich so jeder weiteren Beurtheilung. Eine Ermittelung des Procentverhältnisses der Erfolge und Misserfolge wird schon aus diesem Grunde un-



möglich, hätte aber ohnehin bei der Ungleichartigkeit der Fälle nur einen höchst problematischen Werth gehabt.

Die Schanker, welche wir in den missglückten Fällen excidirten, boten ihrer Beschaffenheit nach Nichts besonderes dar; sie waren zum Theil multipel, d. h. zu zweien oder dreien neben einander sitzend und dann mehr oberflächlich, leicht indurirten Erosionen ähnelnd, zum Theil typische Sklerosen mit hartem Rand und Grund, bald mehr flächenartig ausgebreitet, bald mehr von knopfförmiger Gestalt. Die Exstirpation ist 30—65 Tage nach der Ansteckung ausgeführt worden; mehrfach war natürlich eine genauere Zeitbestimmung unmöglich.

Die zwei Fälle, in denen schon am 30. Tage operirt wurde, sind kurz folgende:

4. Fall. M. H. 23 Jahre alt, led. Kaufmann. Am 25. Mai 1879 Coitus inficiens. 8 Tage später entsteht am inneren Präputialblatt ein Bläschen, das bald aufspringt und einen kleinen, schmerzlosen Substanzverlust hinterlässt.

Am 24. Juni präsentirt sich an dieser Stelle ein nicht ganz erbsengrosses Geschwür, das von einem harten Rand umwallt ist. Die linken Inguinaldrüsen sind bohnengross geschwollen, die übrigen Drüsen frei.

Excision am nämlichen Tage. Naht. Heilung per prim.

Am 15. August 1879 tritt ein papulöser Ausschlag auf Brust, Bauch und Rücken auf, dem bald Drüsenschwellung am Hals, Heiserkeit und Schlingbeschwerden, sowie später Papeln an den Armen und Händen nachfolgten. Die Excisionsnarbe war weich geblieben.

5. Fall. Sch. C. 30 Jahre alt, led. Stuckateur. Bereits vor 7 Jahren ein Schanker mit eitrigem Bubo ohne weitere Erscheinungen. Am 23. Oct. 1879 Coitus inficiens. 14 Tage später ein Bläschen an der Vorhaut, das sich bald in ein Geschwürchen verwandelt.

Am 19. November wird an der inneren Lamelle eine 3 Cm. lange knorpelharte Induration constatirt, welche ein speckig belegtes Geschwür trägt. Ein Strang sklerosirter Gefässe verläuft bis gegen die Wurzel des Penis. In der rechten Leiste sind neben der alten Narbe 4 Drüsen von Haselnussgrösse zu fühlen.

Am 22. November 1879 ausgiebige Excision. Grund und Umgebung der Wunde werden noch durch den Paquelin'schen Thermocauter tüchtig verschorft.



Die Wunde indurirte bis zum 15. Dec. 1879 an den Rändern, schloss sich jedoch auffallend rasch, so dass Pat. bis 27. Dec. 1879 mit einer indurirten Narbe und 4 Drüsen in der Weiche (der sklerosirte Gefässstrang war völlig verschwunden) als einzigen Residuen der stattgehabten Infection entlassen werden konnte.

Gegen Ende Januar 1880 Adenitis universalis, Angina, maculöser Ausschlag, Condylomata ad anum, Schleimplaques an den Lippen. Die Induration der Narbe bestand noch.

Wie man sieht, war in beiden Fällen schon Drüsenschwellung in der Leiste vorhanden, als man zur Herausnahme des Schankers schritt.

Die letztere Beobachtung bietet ausserdem noch das Bemerkenswerthe, dass sie unter der ganzen Reihe die einzige ist, wo eine recidivirende Sklerosirung der Wunde und später auch der Narbe zur Entwicklung gelangte. In dieser Beziehung darf vor Allem der Umstand nicht unerwähnt bleiben, dass vielfach auch bei nicht syphilitischen Individuen und gerade z. B. nach plastischen Operationen am Präputium Schwellung und Infiltration der Wundränder vorkommt und sich daran dann eine hart anzufühlende Narbe anschliesst. Diese nicht specifische Entzündungs- und Narbenhärte unterscheidet sich zwar meistens leicht durch ihr mehr diffuses Auftreten und ihre straffere Consistenz von der syphilitischen Sklerosirung, vermag jedoch in manchen Fällen Zweifel über ihre Natur und prognostische Bedeutung hervorzurufen.

Das Wiedererscheinen einer wirklich specifischen Verhärtung kann sowohl die unvollständige Entfernung der erkrankten Theile zur Ursache haben, als auch manchmal durch neuerliche Infection der gesetzten Wunde mit dem Secret des excidirten Schankers bedingt sein. Die zurückgebliebenen Theile der Sklerose bilden die Centren, von denen aus sich der Process, in der nämlichen Weise wie das erste Mal vom eingeimpften Virusherde aus entwickelt. Dass es jedoch auch Fälle gibt, bei denen trotz der ausgiebigsten Entfernung alles Krankhaften und trotz nachheriger Cauterisation mit dem Glüheisen, wo also die beiden eben erörterten Möglichkeiten ausgeschlossen sind, die Wunde und Narbe verhärtet, haben wir so eben gesehen. Man muss annehmen, dass



hier die Allgemeininfection zur Zeit des Exstirpirens bereits vollendet war und der intensive Reiz eine locale Manifestation der Syphilis in Gestalt specifischer Induration hervorbrachte, wie dies die Beobachtungen Tarnowsky's [1]) und die von C. Rieger [2]) aus hiesiger Klinik veröffentlichten Versuche des Näheren gezeigt haben.

In derartigen Fällen hätte man sich natürlich auch von einer nochmaligen Excision keinerlei Erfolg versprechen können. Etwas anderes ist es, wenn es sich um eine der beiden zuerst erwähnten Formen von Recidive handelt; da ist die abermalige Excision gewiss indicirt und scheint auch von Chadzynski [3]) einmal mit Glück ausgeführt worden zu sein.

Im Uebrigen verlief die Wundheilung in den missglückten Fällen nicht anders als bei Gesunden; wenn primäre Verklebung ausblieb, so fand sich dafür in der Regel in der ungünstigen Lage des Schnittes oder Verunreinigungen des Verbandes eine genügende Erklärung. Nicht einmal im Eruptionszustand der Syphilis konnten wir einen Einfluss desselben bemerken, wie folgender Fall zeigen mag:

6. Fall. B. G. verheiratet, Kaufmann, 30 Jahre alt. Coitus inficiens in den ersten Tagen des Juli 1880. Nach wenigen Tagen ein Bläschen, das sich bald in ein Geschwür umwandelt und trotz mehrfacher Aetzungen verhärtet.

Am 13. September 1880 wird die Excision eines knopfförmigen auf dem äusseren Integument des Penis sitzenden Schankers ausgeführt, welcher bereits Schwellungen der Inguinaldrüsen beiderseits veranlasst hatte.

Am nämlichen Tage erfolgt gegen Abend unter Fieber (38,9) und allgemeinem Unwohlsein der Ausbruch eines maculösen Exanthems an Bauch und Rücken. Dieses verbreitet sich in den nächsten Tagen über den ganzen Körper, ohne dass deswegen der Heilungsverlauf gestört worden wäre.

Bis 20. September 1880 war die Narbe consolidirt und nicht die geringste Härte in derselben nachweisbar.

---

[1]) Tarnowsky, Reizung und Syphilis. Diese Vierteljsch. 1877, S. 19.

[2]) C. Rieger. Ibid. Jahrg. 1881, S. 189.

[3]) Excision prophylactique du chancre. Annales de Dermatolog. T. I. 3. 1880, p. 473.

Von einem retardirten Auftreten der Secundärsymptome ist, wo es einmal dazu kam, ebensowenig etwas bemerkt worden, als von einer Abschwächung derselben. Wer möchte überhaupt in dieser Beziehung sagen wollen, dass es ohne die Excision anders gegangen wäre, als es der Fall gewesen ist?

Was endlich noch das Verhalten des Lymphgefässapparates betrifft, so werde ich alsbald darauf zurückkommen und will nur hier so viel erwähnen, dass überall, wo neben dem Ulcus bereits Induration benachbarter Drüsen bestand, es immer zum Ausbruch constitutioneller Symptome kam.

Wenn wir nun aus dem Bisherigen das Facit für unsere Frage nach dem Verhältniss des Primäraffectes zur Syphilis als constitutioneller Erkrankung ziehen wollen, so steht die Sache folgendermassen:

In gewissen noch zu präcisirenden Fällen vermag die Entfernung der Primäraffection, d. i. des indurirten Geschwürs den Ausbruch der secundären Erscheinungen zu verhindern. Diese Thatsache, welche sich mit den Erfahrungen der meisten Beobachter auf diesem Gebiete deckt, zwingt im Vereine mit den bei Fall 1 erzielten positiven Impfresultaten zu der Annahme, dass in solchen Fällen eine syphilitische Allgemeininfection überhaupt nicht zu Stande gekommen war, das syphilitische Virus also nach seiner Einverleibung in den Organismus noch eine Zeit lang an Ort und Stelle liegen geblieben ist. Die Länge dieses Zeitraumes kann bis über 30 Tage betragen, scheint aber den bisherigen Beobachtungen nach noch zwischen ziemlich weiten Grenzen zu schwankeu, wofür vorderhand in Ermanglung exacterer Gründe Differenzen in der individuellen Empfänglichkeit, in der Art der Einverleibung und vielleicht auch in der Acuität des Virus selbst verantwortlich gemacht werden müssen.

Nicht constant ist jedenfalls das Verhältniss, welches zwischen Entfaltung, Intensität u. s. w. des Primäraffectes einerseits und dem Fortschreiten des Virus im Organismus anderseits besteht.

So minim die Erosionen in den interessanten Fällen von Mauriac[1]) gewesen und so rasch sie entfernt worden sind, es

[1]) Memoire sur l'excision du chancre syphilitique. Paris 1881. Ferner Annal. de Dermatolog. T. II. 3. 1881. p. 533.



hatte doch bereits eine Progression des Giftes stattgefunden, welche zur Allgemeininfection führte, während in anderen Fällen bei knorpelhart indurirten Schankern, die tagelang bestanden, ein Fortschritt des Virus noch so wenig erfolgt war, dass mit dem örtlichen Affect alles Krankhafte hinweggenommen werden konnte.

Die Reaction des Organismus an der Impfstelle, durch welche der inficirende Schanker zu Stande kommt, kann sehr frühzeitig, intensiv und während das giftige Agens noch dort deponirt ist, sich einstellen — dann ist die Syphilis im Primäraffect localisirt und wird dessen Excision von Erfolg begleitet sein — die Reaction kann aber manchmal auch erst erscheinen, wenn das Virus weiter zu verbreiten sich anschickt oder schon sich verbreitet hat, dann ist der Schanker nur mehr Theilerscheinung eines Krankheitscomplexes, vielleicht nie etwas anderes gewesen und seine Hinwegnahme ohne Einfluss auf den ferneren Verlauf der Infection[1]). Anhaltspunkte dafür, ob man es mit dem einem oder dem anderen Fall zu thun hat, scheinen zur Zeit nicht zu bestehen und sind wir so mit unseren therapeutischen Bestrebungen, welche ja ohnehin bei der überwiegenden Mehrheit ungünstig situirter Fälle nahezu illusorisch werden, dem Spiele des Zufalles preisgegeben.

II.

Der Weg und die Zeit, welche das Virus braucht, um sich der gesammten Säftemasse des Körpers mitzutheilen, hängen aufs engste miteinander zusammen und musste deshalb auch, je nachdem man die Allgemeininfection mit dem Auftreten der Initialsklerose für vollendet ansah oder nicht, die Antwort über die Marschroute des Virus anders ausfallen.

Wer sich vorstellt, dass die Absorption des einmal deponirten Giftstoffes mehr oder weniger plötzlich geschieht und im Primäraffect bereits das erste Allgemeinsymptom zu sehen vermeint, wird ein rasches Eindringen des specifischen Agens in die Blutbahn zur These erheben müssen. Wenigstens darf er nicht den Weg durch den Lymphgefässapparat für die Resorption verantwortlich machen, er müsste denn, wie dies Auspitz[2]) treffend

[1]) Vergl. Rieger a. a. O. S. 251.

[2]) Wiener med. Presse 1879, Nr. 18, S. 574; Separatabdr. S. 13.



hervorgehoben hat, der widersinnigen Ansicht huldigen, dass das Virus zweimal durch die Drüsen hindurchgeht, das erste Mal sogleich nach der Ansteckung ohne, das zweite Mal nach dem Entstehen des Schankers mit Reactionserscheinungen.

Ganz anders gestaltet sich die Sache, wenn man vorerst an der Eintrittsstelle einen Localaffect sich ausbilden lässt, dem alsdann die Infection des Gesammtorganismus erst nachfolgt. Beide Vorgänge laufen in successiven Stadien von mehr oder minder bestimmter Dauer ab. Wegen des geringen Tumultes, den sie nach aussen machen, hat man sie Incubationsstadien benannt; besonders gilt dies von dem ersten beider Stadien, welches gerade deshalb eine sehr verschiedene Beurtheilung erfahren hat. Dass aber bei ihm diese Stille nur eine scheinbare ist und vielmehr während seiner Dauer bedeutsame, zunächst anatomische Veränderungen in Folge der Wirkung des von aussen eingedrungenen giftigen Reizes Platz greifen, das hat Auspitz[1]) meisterhaft auf Grund eigener, im Vereine mit Dr. Unna unternommener histologischer Untersuchungen geschildert und hiebei auf ein analoges Verhältniss bei der, der Syphilis in mehr als einer Beziehung nahestehenden Tuberculose hingewiesen, wo es bekanntlich Cohnheim durch ein interessantes Experiment gelungen ist, die nach Einbringung des tuberculösen Virus während der nun folgenden Incubationsperiode vor sich gehenden Wachsthumsvorgänge in sichtbarer Weise zu demonstriren.

Wir müssen der Auspitz'schen Schilderung durchwegs beistimmen und können gleich ihm in der sogenannten ersten Incubation nur den Ausdruck der Entwicklung jener localen Gewebsvorgänge erblicken, deren Ergebniss sich in dem Auftreten des syphilitischen Primäraffectes offenbart. Hiemit ist auch jenes geheimnissvolle Dunkel aufgehellt, das dieses Brutstadium früher umgab und an dem so Viele, unter ihnen auch Ricord, grossen Anstoss nahmen.

Bis hieher befinden wir uns im vollsten Einklang mit Auspitz, der aber bei der Beantwortung der nun herantretenden zweiten Frage bezüglich des Zustandekommens der Infection des Gesammtorganismus aufhört. Die Anbahnung dieser letz-

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1879, Nr. 17.



teren geht zweifellos in jener weiteren Frist vor sich, die wir gemeinhin die zweite Incubation nennen, mit deren Ablauf die Syphilis in ihrer exanthematischen Form hervortritt. Gleich Auspitz suchen wir da die Antwort auf die Frage: „auf welche Art gelangt das Gift in den Stoffwechsel, in mehrere oder alle Gewebsformen des Körpers?“

Man hätte denken sollen, Jemand der, wie Auspitz[1]) den indolenten Leistenbubo als eine direct dem Primäraffect an den Genitalien entstammende Krankheitserscheinung ansieht und ihn ausserdem gleich Ricord den constanten, unausbleiblichen Begleiter desselben nennt, würde selbstverständlich auch einen Transport virulenter Substanz von der einen zur andern Stelle zuzugeben bereit sein — um so mehr als Auspitz an gleicher Stelle Zeissl als Gewährsmann citirt, der ebenfalls „den indolenten Bubo als einen Absorptionsbubo“ bezeichnet. Denn hiemit war doch der vage Begriff einer blos sympathischen Erkrankung Ein für allemal ausgeschlossen. Man fragt, warum soll der primäre Bubo, wenn er das Erzeugniss des specifischen Agens ist, dasselbe nicht auch enthalten und es nicht weiter zu verbreiten im Stande sein?

Wir kennen von den malignen Geschwülsten, wie von einigen anderen acuten und chronischen Infectionskrankheiten (Diphtheritis, Lepra, Tuberculose etc. etc.) her die Neigung der Lymphdrüsen, wie schädliche Stoffe, so auch Gifte aufzunehmen und Ablagerungsstätte für dieselben zu werden, wodurch sie dem Körper eine Zeit lang als Schutzwehr dienen, bis sie selbst insufficient werden, worauf die durchbrechenden kranken Massen ins Blut gelangen. Hiebei mögen manche Stoffe einen Theil ihrer schädlichen Eigenschaften verlieren, häufiger wohl hängt hiemit eine Vermehrung der virulenten Substanz und hiemit die Weiterverbreitung des Uebels zusammen. „Jede Localisation wirkt also zunächst kritisch und depuratorisch, sie kann aber auch selbst wieder infectiös werden“ (Virchow).

So mag denn auch der indolente Absorptionsbubo in der Weiche dem durch die Lymphbahnen vordringenden Gifte als Lagerstätte dienen; eine Umwandlung oder Vernichtung desselben scheint

[1]) Die Bubonen der Leistengegend. Separatabdr. S. 21.



hierbei nicht stattzufinden, denn dagegen spricht die charakteristische, fast pathognomonische Bedeutung besitzende Sklerose mehr oder minder des ganzen Drüsenpackets, was eher auf eine Vermehrung des Giftstoffes hindeutet und in der That dürfte der primäre Bubo in gewissen Zeiten bei rascher Heilung des Primäraffectes den alleinigen Herd des Giftes im Körper darstellen, ohne dabei seine locale Bedeutung zu verlieren. Hieraus würde nun folgen, dass — abgesehen von der gewöhnlich nicht genügend gewürdigten regionären Verbreitung der Krankheit (vom Primäraffect aus) durch continuirliche Infection der Nachbarschaft[1]) — der Uebergang des Giftes in die Säftemasse durch die geschwollenen inguinalen Drüsen und somit durch das Lymphgefässsystem vermittelt werde, eine Ansicht, die wir für die allein richtige halten, die aber nach Auspitz wenig Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Seine Gründe sind namentlich dreierlei Art[2]):

1. Der auf der Dorsalfläche des Gliedes verlaufende Gefässstrang, den man als tastbaren Ausdruck für die Lymphdrüsenhypothese ansehe und als „Lymphstrang" bezeichne, sei kein Lymphstrang, sondern eine Bindegewebsinduration um ein Gefässbündel.

2. Die bei syphilitischen Genitalaffecten allerdings ziemlich constante Leistendrüsenschwellung lasse sich nicht weiter als bis zur nächst höheren Drüsenanhäufung hinter dem Poupart'schen Bande verfolgen; die successive, continuirliche Drüsenerkrankung von einem Packet zum andern sei also eine Fabel. Auspitz führt hiebei als Beweisstücke die bekannten drei Präparate von Fournier im Musée de Lourcine an.

3. Die, im ganzen seltene, allgemeine Drüsenschwellung bei Syphilis sei der Ausdruck der schon stattgefundenen Blutinfection und somit wesentlich anderen Ursprungs als der dem Primäraffect zugehörige Bubo.

Ausserdem, bemerkt Auspitz[3]), sei, wie Experimente lehrten,

---

[1]) Sehr naturgetreu beschrieb v. Sigmund diesen Vorgang (Wiener med. Wochenschr. 1860, Nr. 14) vor seinem Uebertritt zur Dualitätslehre.

[2]) Excision der Hunter'schen Induration. Wiener med. Presse 1879, Nr. 18; Separatabdr. S. 15.

[3]) Bubonen in der Leistengegend. Separatabdr. S. 26.



eine Ueberimpfung der Syphilis von indolenten Drüsen aus bisher nicht constatirt worden.

Was den ersten Einwurf betrifft, so wollen wir gegen das Resultat der Auspitz'schen Untersuchung des ohnehin selten zur Beobachtung kommenden Lymphstranges durchaus keine Einsprache erheben. Seinen zweiten Einwurf anlangend, geben wir gleichfalls zu, dass eine regelmässige, ununterbrochene Aufeinanderfolge der Lymphdrüsenschwellung von der Leiste aus bis zu dem Uebergang der Lymphe ins Blut noch nicht nachgewiesen worden ist. Dies ist aber auch durchaus nicht nöthig. Auch uns fällt es nicht ein, periphere Drüsenschwellungen an entfernten Orten bei Syphilis als die mehr oder minder directen Abkömmlinge der zuerst ergriffenen Leistenbubonen aufzufassen, sondern wir betrachten dieselben gleich Auspitz als örtlich begründete Folgezustände einer in der Nachbarschaft stattfindenden syphilitischen Localerkrankung — somit also auch als Absorptionsbubonen zweiter Ordnung, die als solche gleichfalls die Rolle von Depositorien des Giftes übernehmen können und zwar ganz im Sinne Virchow's[1]). Wie der Schanker, so kann auch die Läsion der Haut oder Schleimhaut heilen, der Drüsentumor aber zurückbleiben und durch zeitweise in ihm auftauchende Zellenwucherung zum Gelegenheitsreiz für die Bildung neuer Localherde und so von Recidiven der Krankheit werden.

Dagegen müssen wir bezüglich der Deutung der drei Präparate von Fournier uns auf Diesen selbst berufen. Fournier[2]) sieht in diesen pléiades iliaques, welche die pléiades inguinales begleiten, gerade das Gegentheil von dem, was Auspitz in ihnen zu finden glaubt. Er erblickt in ihnen geradezu einen Stützpunkt für die Ansicht, dass die Irradiation des Giftes innerhalb der Oekonomie auf dem Wege der Lymphbahn erfolge und obschon bei seinen drei Präparaten die Wirkung des Giftes sich nicht über die Iliacaldrüsen hinaus erstreckt, stellt er sich doch die Frage, bis wie weithin sich wohl diese Ausstrahlung des Giftes über das lymphatische System unter Umständen fortsetzen könne? Ob viel-

---

[1]) Natur der constitut. syphilit. Affectionen. Virch. Archiv Bd. XV. S. 333.

[2]) Syphilis chez la femme. I. Edit. 1873 p. 217; II. Edit. 1881 p. 167.

leicht nach den Beckendrüsen auch noch die Geflechte der Lendendrüsen befallen würden und nach diesen vielleicht noch andere?

Doch angenommen, diese drei Präparate von Fournier seien wirklich für alle Fälle massgebend und der Einfluss des von den Lymphdrüsen der Leiste her nach aufwärts strömenden Giftes schliesse mit den Lymphganglien an den Iliacalgefässen ab. Ist die Strecke, die es hiebei durchläuft, vielleicht keine Lymphbahn? Und wenn von da ab die Invasion in die Säftemasse erfolgt und das Virus in die Circulation gelangt, so wird es denn doch nur auf eine gewisse Zeit hin in dieser verweilen, um je nach seiner Prädilection zu gewissen Organen und Geweben an irgend einer Stelle aus dem Blute wieder ausgeschieden zu werden. So bilden sich hier und dort Herderkrankungen — ein Vorgang, der gerade für die syphilitische Dyskrasie so charakteristisch ist. Das Blut wird auf diese Weise das Gift wieder los, so dass es nie zu einer selbstständig fortbestehenden, d. i. permanenten Dyskrasie kommt [1]). Die auf diese Weise zu Stande kommenden Local-Läsionen aber auf der Haut-, Schleimhaut- oder Knochenfläche u. s. w. rufen durch Vermittlung der Lymphgefässe Reizungen in den benachbarten Lymphdrüsen hervor, woraus die sogenannten secundären Bubonen hervorgehen.

Die Lymphdrüsen werden aber auch noch direct vom Blute aus durch das in diesen kreisende Gift in Mitleidenschaft versetzt, wodurch es zu jener, zunächst von Sigmund so sehr betonten, indolenten Anschwellung mehr oder minder des gesammten Lymphdrüsensystemes kommt — eine im Ganzen seltene und zunächst den späteren Stadien der Lues angehörige Erscheinung. Es sind dies jene Bubonen, die Virchow die metastatischen und Auspitz die Infectionsbubonen nennt [2]).

[1]) Vergl. Virchow, Theorie der Dyskrasien. Cellular-Pathologie 1871 S. 270 u. 164.

[2]) Eine weitere — 4. Form von Drüsenschwellung, wo das syphilitische Agens auf eine bereits präexistirende Reizung des Lymphgefässsystems trifft, deren Grund auf anderen vorausgegangenen constitutionellen Vorgängen beruht und woraus sich dann die sog. syphilitische Leukocytose entwickelt — gehört nicht hierher. Auspitz hat in seinem mehrfach erwähnten Artikel „über die Bubonen der Leistengegend“ auch dieser Form die richtige Stellung angewiesen und überhaupt mit jener Arbeit in dies verwickelte Capitel zum erstenmal Klarheit gebracht.



All' diese Drüsentumoren können auf solche Weise zu Depôts des Giftes werden und solcher Weise Veranlassung zur Recidive der Krankheit geben. Gerade diese ihnen innewohnende Möglichkeit, Giftherde zu werden, ist es, was sie untereinander verbindet, während ihre eigentliche Genese in mehr als einer Beziehung abweichender Art ist.

Hiemit wäre denn auch der dritte Einwurf von Auspitz gegen die Lymphgefässtheorie erledigt und es erübrigt nur noch das von ihm behauptete negative Resultat bezüglich einer Ueberimpfung der Syphilis von indolenten Drüsen aus einer Besprechung zu unterziehen. Es ist uns nicht klar, welche Experimente Auspitz hiebei im Auge hat. Sollten etwa die von Michaelis [1]) ausgeführten Impfversuche gemeint sein, so muss in dieser Beziehung bemerkt werden, dass Michaelis bei denselben von einer ganz richtigen Voraussetzung ausging, wenn er die Lymphdrüsengeschwulst als ein Analogon der Schankerinduration betrachtete. Indem er aber mit dem durch Aetzung aus der verhärteten Drüsensubstanz gewonnenen Detritus auf die bereits constitutionell erkrankten Träger selbst impfte, konnte er begreiflicher Weise nichts anderes, als weiche Schanker resp. Chancroide erhalten — immerhin ein Ergebniss, was nicht ohne Interesse ist.

Auspitz sieht eine solche Betheiligung der Lymphdrüsen, wie wir sie hier beschrieben, sowohl für die Einleitung wie für den weiteren Verlauf des syphilitischen Processes als überflüssig an und hält es für das Einfachste, einen directen Uebergang des syphilitischen Agens von der Infectionsstelle aus durch die Venen in das Blut, wie durch die Lymphgefässe in den Lymphstrom anzunehmen. Nebenbei aber legt er ein grosses Gewicht auf die von ihm im Verein mit Unna aufgefundene Veränderung an den Blutgefässen, die in Form der Infiltration und Sklerosirung an den Adventitien beginnend, später aber auch die Intima ergreifend, im weiteren Verlaufe der Induration ein Fortschreiten der Infection sowohl längs der Gefässe als auch innerhalb derselben an den mit dem Blute in unmittelbarer Berührung stehenden inneren Zellenlagen der Wand hervorrufe, was

[1]) Zeitschrift der Gesellsch. der Aerzte. Wien 1856, S. 416. Auspitz, Lehre v. syphilit. Contagium S. 307.

auf eine directe Aufnahme des Virus in das Blut an und in der Nähe der Initialsklerose durch Vermittlung der Blutgefässe (kleinste Arterien- und Venen, Capillaren?) schliessen lasse.

Es ist immerhin wahrscheinlich, dass die erwähnte Alteration an den Blutgefässen für die Verbreitung des syphilitischen Processes in der Nachbarschaft des Primäraffects von Einfluss ist; ob aber eine solche Endophlebitis obliterans für die Aufnahme des Virus in die Circulation von Bedeutung sei, möchten wir vor der Hand noch dahingestellt sein lassen, wie wir denn überhaupt glauben, dass so lange wir über die eigentliche Natur des giftigen Agens nichts Näheres wissen und dasselbe nicht mit dem Mikroskope zu verfolgen im Stande sind, darauf verzichtet werden müsse, aus den angeführten Befunden, welche übrigens nach Auspitz's eigener Meinung nicht als specifisch anzusehen sind, Schlüsse nach der einen oder anderen Richtung zu ziehen. Beim Erysipel schien das Mikroskop lange die Hauptveränderung am Blutgefäss-Bindegewebs-Apparat zu zeigen, bis man dann an gefärbten Präparaten die Micrococcusketten in den Lymphcapillaren und hiemit den Kern der Sache entdeckte.

Nach den neuesten Untersuchungen über die Lepra scheint auch für diese, der Syphilis so nahestehende Krankheit Dasselbe zu gelten. Schon Armauer Hansen hat auf die frühzeitige lepröse Entartung der Drüsen hingewiesen und Neisser (Virch. Arch. Bd. 84, S. 541) glaubt die Lymphganglien als die Depositorien für die Leprabacillen ansehen zu können. Der jüngste Forscher auf diesem Gebiete, Köbner (ibid. Bd. 88, S. 304) fühlt sich zu der Erklärung gedrungen, dass er nach Allem, was er anatomisch und klinisch in der Lepra gesehen, in dem Lymphgefässsystem die hauptsächlichste Strombahn für die Verbreitung der Bacillen erblicke. So scheint denn in der That für die drei bereits sonst schon viel Analoges besitzenden chronischen Infectionskrankheiten — Syphilis, Tuberculose und Lepra — die Beziehung zum Lymphgefässsystem eine weitere gemeinsame Eigenschaft zu bilden.

Entsprechend seiner Ansicht von der Nichtinfectiosität der Bubonen des Primäraffects konnte Auspitz auch in ihrem Bestehen keine Contraindication für die Hinwegnahme der Sklerose erblicken. Auch scheinen die Erfolge seiner Excisionsversuche geradezu eine weitere Bestätigung der von ihm in diesem Betreff



gehegten Anschauungsweise zu enthalten, indem in vielen seiner Fälle trotz der bereits vorhandenen Drüsenaffection später die constitutionellen Symptome ausblieben. Die Induration der Ganglien bestand oft noch längere Zeit fort, um später allmälig zu verschwinden. Wir werden weiter unten eine Erklärung dieser mit unseren Erfahrungen im Widerspruch stehenden Erscheinung zu geben versuchen.

Auch in dem Berichte Th. Kölliker's [1]) aus hiesiger Klinik findet sich die These, dass bereits in Entwicklung begriffene Skleradenitis den Erfolg der Excision nicht von vornherein ausschliesse. Desgleichen hat Chadzynski [2]), so viel sich aus seiner Tabelle entziffern lässt, in einigen Fällen trotz vorhandener Adenitis die Syphilis wegbleiben sehen; er vermuthet es da mit einer blos sympathischen (?) Drüsenaffection zu thun gehabt zu haben. Aehnliche Beobachtungen finden sich ferner noch bei Folinea [3]), der jedoch auf der anderen Seite wieder erwähnt, dass bei gleichzeitiger Polyadenitis inguinal. die Allgemeininfection leichter eintrete.

Entgegen diesen Ergebnissen gibt Pick [4]) an, in keinem der Fälle, wo der benachbarte Lymphapparat afficirt war, ein günstiges Resultat erzielt zu haben. Ebenso sind in der Arbeit von Spillmann [5]) alle bereits mit primären Bubonen im Momente der Excision behafteten Patienten später constitutionell syphilitisch geworden. Uns ist es, wie bereits erwähnt, nicht viel anders ergangen.

Für das künftige Schicksal der Schankerexcision schien uns unter so bewandten Umständen eine vollkommene Klarlegung des Verhältnisses des primären indolenten Leistenbubo's — jenes constanten Begleiters der Hunter'schen Induration — zum Ausbruch der constitutionellen Lues ein sehr belangreiches Desiderat zu sein. Seit wir diesem Momente unsere Aufmerksamkeit zuwendeten, ist die Bedeutung desselben für den Erfolg der Operation in unseren Augen fortwährend gewachsen und da weitaus die Mehrzahl der

[1]) a. a. O. S. 803.
[2]) a. a. O. S. 472.
[3]) Diese Vierteljahrschr. 1879, S. 637.
[4]) Archiv f. experiment. Pathologie u. Ther. Bd. X. 1879, S. 219.
[5]) Annal. de Dermatol. etc. 1882. T. 3. p. 164.

mit einer Schankersklerose sich präsentirenden Patienten bereits mit einer Schwellung der Leistendrüsen behaftet ist, so lag es nahe genug, nach einem Kriterium zur Entscheidung der Frage Umschau zu halten: ob in den beim Auftauchen der Hunter'schen Induration oder bald nachher indolent schwellenden Leistendrüsen syphilitisches Gift enthalten sei oder nicht? — Fiel die Beantwortung bejahend aus, so konnte kein Zweifel darüber sein, dass die Entfernung sämmtlicher verdächtigen Drüsen gleichzeitig mit der Sklerose angezeigt war.

Die Entscheidung konnte nur auf dem Wege des Experiments gefunden werden und entschloss sich Geh. Rath v. Rinecker zu einem solchen in Anbetracht der Wichtigkeit der Frage, um die es sich handelte, um so eher, als ihn seine Erfahrungen aus früherer Zeit gelehrt hatten, dass eine durch Impfversuche hervorgerufene syphilitische Erkrankung, wenn gehörig überwacht und zeitig bekämpft, leicht und sicher zu heilen sei, wie denn für Geh. Rath v. R. die Thatsache feststeht, dass solche leichte und frische Fälle von Secundärsyphilis bei sonst gut constituirten Individuen radical und bleibend beseitigt werden können ohne Recidive und sonstige Nachwehen, und dass die früher in dieser Beziehung gehegten Bedenken imaginärer Natur seien. Der nun zu referirende, vor anderthalb Jahren angestellte Impfversuch verlief denn auch ohne irgend welche nachtheilige Folgen.

Experiment.

Es wurden einem Patienten, bei welchem die syphilitische Natur einer Sklerose durch Ausbruch eines maculösen Exanthems sicher gestellt war, zwei im directen Anschluss an den Primäraffect (in der 4. Woche nach der Infection) aufgetretene Leistendrüsen exstirpirt, dieselben von allem fremden Gewebe scrupulös gereinigt, mit einem Scalpell der Länge nach gespalten und mit dem sich darbietenden milchig aussehenden Lymphserum auf einen Nichtsyphilitischen folgende Impfungen gemacht: je zwei Impfstiche an beiden Oberarmen, 20 Ctm. von einander entfernt.

Am 7. Tage nach der Impfung sind sämmtliche Impfstellen, ausgenommen eine des rechten Oberarmes, von der nichts mehr zu sehen ist und die auch weiterhin steril bleibt, durch nadelspitzgrosse



rothe Pünktchen markirt und noch eben erkennbar. Diese Pünktchen entwickeln sich innerhalb weiterer 5 Tage zu stecknadelkopfgrossen, leicht erhabenen Flecken und erreichen, sich rasch vergrössernd, bis zum 18. Tag nach der Impfung annähernd die Ausdehnung eines Kreuzer-Stückes. Die Oberfläche wird durch eine bräunliche Kruste gebildet, welche nach ihrer Entfernung ein seichtes Geschwürchen zurücklässt. Eine fernere Vergrösserung der Ulcera findet nicht statt, wogegen sich nach weiteren 10 Tagen eine Infiltration der Basis und leichte Erhebung des Randes einstellt, welcher von einem rothen Hof umgeben ist. Zu derselben Zeit konnten bereits in beiden Achselhöhlen einzelne geschwellte und empfindliche Drüsenkörper constatirt werden.

Die eine periphere Impfstelle des linken Armes zeigt einen bedeutend retardirten Ablauf der eben geschilderten Vorgänge und erreicht erst eine Woche später die Phase der übrigen Geschwüre.

Bis zum 43. Tag nach der Impfung hat sich sowohl die Sklerosirung der Basis und der Ränder deutlicher entwickelt, als auch der rothe Hof um diese bedeutend zugenommen. Seine periphere Begrenzung ist vielfach ausgezackt und von einer Reihe kleiner Papeln umgeben. Bis zum 52. Tage erfolgte unter leichten Fiebererscheinungen der Ausbruch eines maculopapulösen Syphilids. Die Flecken erschienen besonders um die Impfstelle herum dichtgedrängt und wurden hier theilweise zu schuppenden Papeln. Wenige Tage nachher war an sämmtlichen der Betastung zugänglichen Drüsengruppen der oberen Körperhälfte eine multiple Schwellung bemerkbar, während an der unteren Körperhälfte, in specie in der Leiste eine solche in keiner Weise gefühlt werden konnte.

Die vorstehende Beobachtung zeigt, dass in den primären Bubonen das syphilitische Virus in einer Modification reproducirt wird, welche zur Weiterimpfung auf Gesunde sehr wohl geeignet ist. Wenn man, um den engen Zusammenhang zwischen einfachem Schanker und suppurativem Bubo, sowie dessen Virulenz zu betonen, von einem Drüsenschanker gesprochen hat, so möchte ich diese Bezeichnung auch für den primären Bubo des inficirenden Schankers beanspruchen, und ihn geradezu als den „Alter ego“ des letzteren erklären, wie ja der suppurirende Bubo des weichen Schankers diesem gegenüber schon längst diese Geltung hat. Die



Wichtigkeit dieser Thatsache für die Excisionsfrage erhellt ohne Weiteres. Bei der Hinwegnahme eines indurirten Schankers, welcher bereits von Bubonen begleitet ist, bleibt im Körper ein Herd virulenten Stoffes zurück, gross genug, um tausend neue Infectionen zu bewirken. Möglich — die citirten Fälle scheinen dafür zu sprechen — dass in der Drüse eine Art Einkapselung des Virus, wie sie ja auch anderweitig beobachtet ist, statt hat; die Gefahr bleibt immer, dass das Virus gelegentlich aufgerüttelt und den Säften wieder beigemischt wird, um dann plötzlich wieder Symptome des alten Leidens hervorzurufen, ähnlich wie ein Käseherd, der jahrelang ruhig gelegen, doch einmal allgemeine Tuberculose zu bewirken vermag.

Ein um die Excisionsfrage hochverdienter Chirurg, Prof. Paul Vogt, hat schon vor längerer Zeit eine der unseren gleichlautende Ansicht ausgesprochen und behufs ihrer praktischen Durchführung ein gleiches Verfahren empfohlen, das bereits günstige Erfolge geliefert haben soll[1]).

Einmal über den thatsächlich virulenten Charakter der primären Bubonen im Klaren, mussten wir das bisher geübte Excisionsverfahren der Mehrzahl der Fälle gegenüber für unzulänglich halten und schien es uns nicht mehr zweifelhaft, dass ein grosser Theil der Misserfolge auf Rechnung der in den Drüsen zurückgelassenen Giftherde gebracht werden müsse. Auf der anderen Seite aber wiederum überzeugt, dass die primäre Adenitis nichts weiter als eine locale Metastase des Primäraffectes darstelle, lag es für uns nahe genug, den Versuch zu machen, durch

---

[1]) Berliner klin. Wochensch. 1871, S. 455. Ich erlaube mir folgende Stelle wörtlich zu citiren: „Wir sind sicherlich berechtigt, auch bei der Syphilis anzunehmen, dass bei der Resorption des Virus — gerade hier, wo wir so häufig etappenweises Vorgehen bemerken — auf dem Verbreitungswege gewisse Depôts etablirt werden, von denen aus temporäre Nachschübe der Infection stattfinden können. Solche Depôts haben wir aber vorzüglich im Verlauf der Lymphgefässe zu suchen und an den Sammelstellen, den Lymphdrüsen, so dass wir a priori durch Entfernung dieser Ablagerungsstellen nicht nur den Gesammtverlauf abkürzen, sondern auch der neuen etwaigen Invasion des Virus aus den localen Herden vorbeugen; daher auch die anderweitig (von wem?) wiederholt ausgeführten Exstirpationen indolenter Bubonen durchaus von günstigem Erfolge in dieser Hinsicht begleitet waren".

gleichzeitige Exstirpation des Schankers und der Drüsen bessere Erfolge zu erzielen.

Die Herausnahme der Drüsen geschah vor der des Schankers und gestaltete sich durchgehends höchst einfach; die indurirten Drüsen lassen sich mit grosser Leichtigkeit mitsammt ihrer Kapsel aus dem umgebenden laxen Bindegewebe stumpf auslösen, ohne dass irgend eine erhebliche Blutung auftritt. In die zurückbleibende oft ganz ansehnliche Höhle wurde ein dünnes Drainrohr eingelegt und dieselbe sodann mit tiefen Nähten darüber geschlossen. Unter antiseptischem Druckverband kam in der Mehrzahl der Fälle primäre Heilung zu Stande.

Die Anzahl der herausgenommenen Drüsenkörper schwankte zwischen 3 und 4 bei einseitiger, 5—8 bei doppelseitiger Adenitis; von einer panganglionären Leistendrüsenschwellung, wie sie von Auspitz [1]) für den syphilitischen Primäraffect als pathognomonisch hingestellt wird, konnten wir uns dabei nicht überzeugen, obwohl eine solche, nachdem das betreffende Gebiet freigelegt war, uns nicht hätte entgehen können. Lässt sich eine solche auch in vielen Fällen durch die Palpation nachweisen, so kömmt sie doch wohl erst im späteren Verlaufe zu Stande. In den missglückten Fällen kam es allerdings nach wenigen Wochen zu einer weiteren Induration der zurückgelassenen Drüsenkörper, welche jedoch wiederum nur eine beschränkte war. In einem Falle konnte man besonders deutlich verfolgen, wie mit der Allgemeininfection neben den grösseren, mehr prall elastischen primären Bubonen die kleineren und härteren Drüsentumoren der secundären Adenitis zum Vorschein kamen.

Es folgt nunmehr ein kurzer Auszug aus den Krankheitsprotokollen der Fälle, in welchen Schanker sammt Drüsen exstirpirt wurden.

Fall I. W. N. 20 Jahre alt. Eingetreten am 21. Februar 1881. An der Innenfläche der Vorhaut, 1 Ctm. vom Sulc. coron. entfernt eine bohnengrosse Sklerose mit ulcerirender Oberfläche, daneben besteht eine Urethritis mit heftigen Entzündungserscheinungen. In beiden Inguinalgegenden sind die Ganglien der Gruppen A. und B. (Schema von Auspitz) bis zu Taubeneigrösse geschwollen, vollständig indolent.

[1]) Die Bubonen der Leistengegend, Separatabdr. S. 18 u. 19.



Aus der Anamnese erhellt, dass Pat. in der 1. Woche des Jannars sich inficirt hat. Mitte Februar wurde zuert eine nässende Stelle in der Eichelfurche wahrgenommen.

Am 23. Februar wird zuerst die Exstirpation der geschwollenen Leistendrüsen beiderseits vorgenommen, worauf die Excision des Schankers folgt. Sowohl die Wunden in der Leiste als am Penis kommen zu primärer Heilung. Am 8. März 1881 zeigen die beiden Narben in der Leiste eine entzündliche Schwellung; es kommt daselbst alsbald zur Entwicklung zweier fluctuirender Tumoren, deren Punction ein gelbliches sehr rasch gerinnendes Serum gemischt mit leichten Eiterflocken entleert und eine rasche Heilung der Höhlen herbeiführt. Von einer recidivirenden Sklerosirung der Narben kann nichts bemerkt werden, dagegen entsteht am 10. April 1881 an der rechten Seite der Eichel eine linsengrosse geröthete Stelle, welche sich rasch zu einer Papel ausbildet. Dieselbe geht jedoch unter leichter Abschuppung ebenso geschwind als sie gekommen, wieder zurück und wird Pat. auf sein dringendes Verlangen ohne alle verdächtigen Zeichen am 25. April entlassen.

Am 27. Mai 1881 trat Pat. in das Nürnberger Krankenhaus ein mit mehrfachen Geschwüren auf der Eichel und am Präputium, die den Eindruck ulcerirender Papeln machten, desgleichen bestanden zwischen den Zehen erbsengrosse Ulcera. Neben den Narben in der Inguinalgegend war nun eine multiple Adenitis zu fühlen, desgleichen eine Schwellung der Cubital- und Cervicaldrüsen.

Fall II. K. V. 25 Jahre alt. Eingetreten 27 Mai 1881. An der inneren Seite der Vorhaut bis in die Nähe der Corona glandis reichend sitzt ein 1 Ctm. breites Ulcus durum, das die Hälfte der Eichel ringförmig umfasst. In der rechten Leiste eine, in der linken zwei stark geschwollene, leicht bewegliche Drüsen, Symptome allgemeiner Lues sind nicht vorhanden. Der Coitus inficiens hat am 9. April stattgefunden und Pat. eine Woche später in der Eichel heftiges Jucken verspürt und daselbst 2 linsengrosse Geschwürchen wahrgenommen. Die Sache wurde ganz allmählich schlimmer, seit 14 Tagen sind die Geschwülste in der Leiste aufgetreten.

Am 28. Mai wird die Excision der geschwellten Leistendrüsen und des Schankers vorgenommen; bereits 3 Tage darnach bemerkt man beim Verbandwechsel eine Roseola specifica in der Bauch- und Lendengegend, welche sich von da aus bald über den Stamm und die Ex-



tremitäten ausbreitet. Es folgt eine Schwellung von Cervical- und Cubitaldrüsen beiderseits. Uebler Einfluss auf die Wundheilung wurde nicht beobachtet; die Inguinalwunden heilen per primam mit linienförmigen, ganz weichen Narben; am Penis kommt es nur theilweise zu sofortiger Verklebung, die definitive Narbe bleibt ebenfalls weich.

Während die Roseola sich verfärbte und abblasste, nimmt die Affection des Lymphgefässsystems derartig zu, dass bis 15. Juni 1881 sämmtliche oberflächlich gelegene Drüsengruppen des Körpers dem Gesicht und Gefühl zugänglich sind. Zu beiden Seiten der Narben ist eine grosse Zahl bohnengrosser Ganglien zu fühlen.

Mit dieser Adenitis universalis als einzigem Zeichen seiner Syphilis wird Pat. am 30. Juni entlassen, um nach 3 Monaten mit einem weitverbreiteten papulösen Syphilid, Condylomen am Scrotum und Anus, zwischen den Zehen und Plaques an der Zunge zurückzukehren.

Fall III. P. S. ledig, Kaufmann, 34 Jahre alt. Eingetreten am 7. Juni 1881. Auf der rechten Seite der durch Beschneidung decimirten Vorhaut, mit einem kleinen Theil noch auf die Eichel übergreifend, sitzt ein bohnengrosses Ulcus, welches mit einer dünnen Schicht festhaftenden Eiters bedeckt ist, keinerlei Schmerzen verursacht, und dessen Rand und Basis deutlich sklerosirt sind. In der rechten Weiche wird eine haselnussgrosse und eine kleinere, leicht unter der Haut verschiebbare Drüse constatirt, sonst bestehen keinerlei Zeichen allgemeiner Lues.

Der Kranke gibt als Tag der Infection mit Bestimmtheit den 22. April 1881 an. Etwa 4 Wochen danach zeigten sich an der Stelle des jetzigen Geschwürs 2 Bläschen, welche, nicht näher beachtet, sich allmälig vergrössern und zusammenfliessen. Bezüglich früherer Geschlechtskrankheiten inquirirt, gesteht Pat. zu, bereits vor 5 Jahren ein Mal einen Schanker gehabt zu haben, der auf rein äusserliche Behandlung nach einigen Wochen heilte und von keinen weiteren Erscheinungen gefolgt war. (Die Narbe ist noch am Penis sichtbar.)

Am 7. Juni 1881 wird die Excision der Drüsen in der rechten Weiche vorgenommen, wobei der Bruchsack einer kleinen Inguinalhernie, bisher unbemerkbar geblieben, einige Schwierigkeiten veranlasste, und sodann das Ulcus exstirpirt. Die Inguinalwunde heilt p. prim., während am Penis nur soweit eine primäre Verklebung zu Stande kommt, als der Schnitt nicht im Gewebe der Glans liegt; dieser



Theil bedeckt sich nur sehr langsam mit Granulationen und heilt mit einer strahlenförmig eingezogenen Narbe, welche ganz weich bleibt, aber dem von der Beschneidung herrührenden Defect der Vorhaut noch einen solchen der Glans hinzufügt.

Pat., welcher seit seiner Entlassung aus directer Beobachtung alle 3 Wochen zur Untersuchung sich stellt, hat bis jetzt (Mai 1882) keine Zeichen allgemein gewordener Lues dargeboten. Die Narben sind vollständig weich geblieben, von Drüsenschwellung ist nirgends Etwas zu fühlen. Eine im August aufgetretene einfache Amygdalitis kam ohne weitere Folgeerscheinungen auf Alaungargarismen zur Heilung.

Fall IV. F. K. 22 Jahre alt, stud. med., Eintritt am 21. Juni 1881. An der inneren Lamelle des Präputiums präsentiren sich 3 etwa bohnengrosse Geschwüre, deren Grund mit einem dünnen Eiter überzogen ist und sich deutlich hart anfühlt. Zwischen diesen etwas tiefer greifenden Geschwüren sitzen noch 2 oberflächliche Substanzverluste von einem Entzündungssaume umgeben; an der Wurzel des Penis endlich bemerkt man ein ovales Geschwür von 2·5 Ctm. Länge, eitrig belegt und hart wie die zuerstgenannten. In beiden Inguinalgegenden sind indolente Bubonen zu fühlen, man unterscheidet rechts 2 bohnengrosse, links 2 taubeneigrosse Drüsen.

Aus der Anamnese erhellt, dass Pat. seit mehreren Wochen (bis zum 28. Mai 1881) mit einer Puella public. Umgang hatte, welche, wie eine nachträgliche Confrontation ergab, mit nässenden Condylomen des Introitus vaginae behaftet war. Am 10. Juni waren zuerst an der Stelle des Geschwürs auf der Peniswurzel zwei nässende Hautabschürfungen bemerkt worden, auf die am 14. Juni 3 Erosionen am Präputium folgten. Daraufhin liess Pat. am 15. Juni eine Verätzung der verdächtigen Stellen mit Ricord'scher Schwefelsäurepasta vornehmen; die Schorfe stiessen sich in 5 Tagen ab, die Basis der Wunde war härter als zuvor, auch waren in der Zwischenzeit unter leichter Empfindlichkeit der Leistengegend die Bubonen entstanden.

Am 21. Juni 1881 wird zuerst die Herausnahme der geschwollenen Drüsenkörper und sodann eine ziemlich ausgiebige Circumcision vorgenommen, in deren Bereich sämmtliche Geschwüre und Erosionen des Präputiums fallen. Die Excision des Schankers an der Peniswurzel bildet den Schluss. Die Wunden in der Inguinalgegend und am Präputium heilen per primam; am Scrotum ist in Folge beständiger Verunreinigung keine primäre Verklebung zu Stande gekommen.



Bis zum 7. Juli haben sich neben der Circumcisionsnarbe abermals zwei linsengrosse, infiltrirte und leicht excoriirte Knötchen gebildet, welche sofort wieder ausgiebig excidirt werden.

Narbeninduration ist nirgends zu constatiren, an der Präputialfalte haben sich in Folge der abermaligen Excision mehrere Divertikel gebildet, in welchen sich leicht Sebum ansammelt und die ein leichtes Jucken verursachen.

In den ersten Tagen des August erfolgt unter allgemeinem Unwohlsein, Kopfschmerz und Schlafsucht eine multiloculäre Schwellung der Nackendrüsen, erst rechts dann links, weiterhin der Cubitaldrüsen, sodann der Ausbruch eines maculösen Syphilides; nach 14 Tagen haben sich am Penis und Scrotum eine Menge nässender Papeln entwickelt und in ihrem Gefolge in der Inguinalgegend, zu beiden Seiten der alten Exstirpationsnarbe eine multiganglionäre Schwellung. Eine Injectionskur beseitigte sämmtliche Hautsymptome ohne dabei merklichen Einfluss auf die allgemeine Adenitis auszuüben.

Fall V. Sp. M. 17 Jahre alt, Dienstmagd. Eintritt 25. Juni 1881. Links auf der Schleimhaut des Scheideneinganges mit einem kleinen Theil noch auf die Lab. min. übergreifend sitzt ein oberflächliches Geschwür, glänzend roth und beim Anfühlen deutlich hart. Mehr nach oben zu befindet sich an derselben Labie ein zweites, linsengross und knorpelhart. Der Introitus vaginae ist etwas entzündlich geröthet, das Hymen noch vollständig erhalten. Aus der Urethra entleert sich in beträchtlicher Menge ein grünlicher Eiter, welcher den Neisser'schen Micrococcus zahlreich enthält. In der linken Weiche fühlt man eine taubeneigrosse und im Zusammenhang damit eine kleinere Drüse, beide leicht verschiebbar und schmerzlos.

Pat. war früher noch nie venerisch krank; hat den Coitus blos 2 Mal Mitte Mai ausgeübt; 14 Tage danach traten brennende Schmerzen beim Uriniren und eitriger Ausfluss auf, was die Kranke veranlasste, ärztliche Hilfe zu suchen. Am 27. Juni 1881 wird die Ausschälung der geschwollenen Leistendrüsen vorgenommen und im Anschluss hieran die beiden Schanker ausgiebig excidirt. Die Heilung sämmtlicher Wunden erfolgt per prim. und mit linearen Narben; dieselben bleiben ohne alle Härte und sind nach einigen Wochen kaum mehr sichtbar.

Pat., welche Ende Juli aus der continuirlichen Beobachtung ohne das geringste Zeichen eines Secundärsyphilides entlassen wurde, ist auch bisher vollständig gesund geblieben.



Fall VI. K. K. 25 Jahre alt, Glasergeselle. Eintritt am 20. August 1881. Links am inneren Vorhautblatt, bis nahe an den Rand der Eichel reichend, sitzt ein 1·5 Ctm. grosses Geschwür, dessen Oberfläche grau belegt ist und dessen Ränder erhaben und stark indurirt sind. Auf der nämlichen Seite des Präputiums mehr gegen das Frenulum zu folgt ein zweites Geschwür, etwas kleiner als das vorige, im Uebrigen aber von ähnlicher Beschaffenheit. Rechts vom Frenulum endlich bemerkt man noch eine linsengrosse Erosion, ohne Härte. In der linken Leistenbeuge sitzt eine taubeneigrosse, derb indurirte Drüse, welche ganz schmerzlos ist und sich leicht unter der Haut verschieben lässt, auf der rechten Seite fühlt man mehrere erbsengrosse geschwollene Schenkeldrüsen, desgleichen eine Cervicaldrüse.

Die Anamnese ergibt, dass Pat. ausser einem Tripper vor 3 Jahren keine Geschlechtskrankheiten gehabt hat. Infection am 5. August. Kurze Zeit nachher werden an der Vorhaut nässende Stellen bemerkt, die sich allmälig in die jetzigen Geschwüre umwandeln. Die Drüsenschwellung der linken Weiche ist seit 8 Tagen vorhanden, die Drüsen am rechten Oberschenkel sollen schon seit länger bestehen.

Am 22. August 1881 wird die Exstirpation der linken Leistendrüse und 2 kleinerer Ganglien, die mit ihr zusammenhängen und ebenfalls indurirt erscheinen, vorgenommen und sodann mittelst Circumcision beide Schanker und die Erosion entfernt. Beide Wunden heilen per primam mit linearen Narben.

Am 27. August 1881 traten dicht neben der Narbe und den Resten des Frenulums zwei neue excoriirte Stellen auf und induriren in den nächsten Tagen zusehends. Da der Kranke eine erneute Excision verweigerte, wird am 2. September 1881 die Wiener Aetzpasta applicirt. Nachdem sich der Schorf nach 8 Tagen gelöst hat, bleibt eine reine im subcutanen Gewebe gelegene Wundfläche zurück, welche in weiteren 8 Tagen ohne alle recidivirende Härte zur Vernarbung kommt. Ende October kam Pat. mit ausgeprägten Symptomen secundärer Lues auf die Klinik zurück.

Fall VII. W. H. 19 Jahre alt, Einjährig-Freiwilliger. Eintritt am 22. December 1881. An der inneren Lamelle der Vorhaut neben dem Bändchen links bis in die Nähe der Eichel reichend befindet sich ein bohnengrosses, von knorpelharten Rändern umgebenes Geschwür; 0·5 Ctm. davon entfernt besteht ein zweites, etwa erbsengrosses Geschwür von derselben Beschaffenheit. In der linken Inguinalgegend



fühlt man zwei nussgross geschwollene indolente Drüsen. Am übrigen Körper sind keinerlei Symptome allgemeiner Lues zu entdecken.

Abgesehen von einem Tripper war Pat. nicht geschlechtskrank gewesen. Der inficirende Coitus hatte Anfang December mit einem Frauenzimmer stattgefunden, welches, wie die Confrontation lehrte, an einer Sklerose der linken Labie und papulöser Syphilis litt. 8 Tage nach dem Coitus entstand ein stecknadelkopfgrosses Bläschen, das sich bald zu einem Geschwür entwickelte. Die Drüsenschwellung in der Leiste soll noch eher als das Bläschen bemerkt worden sein.

Die Excision des Schankers und der 2 besagten Drüsen wird am 22. December vorgenommen; die Wunde am Penis vernarbt per primam, desgleichen kommen die Schnittränder der Leistenwunde zur primären Verklebung. Es bildet sich jedoch darunter eine mit Lymphe gefüllte Höhle, welche entleert wird und unter Jodoform durch Granulationen rasch heilt.

Am 2. Jänner 1882 wird eine Härte der Narbe am Penis bemerkt, die allmälig zunimmt; am 7. Jänner hat sich wieder neben der Leistennarbe eine bohnengrosse Drüse entwickelt. Am 5. Februar sind die linken Schenkeldrüsen bohnengross geschwollen, zugleich besteht rechterseits in der Leiste und zu beiden Seiten des Halses eine indolente Adenitis.

Bis Ende Februar stellt sich, unter allgemeinem Unwohlsein, Schwellung des Rachens und Roseola ein. Die Narbe am Penis ist deutlich hart und trägt an der Oberfläche excoriirte Stellen. Später Papeln ad anum; auf eine Mercurialkur schwinden sämmtliche Symptome.

Ueberblicken wir diese sieben Fälle, in denen eine Combination von Schanker-Excision mit Drüsenexstirpation stattfand, so machen sich vor Allem zwei Beobachtungen bemerkbar, in welchen die Symptome völlig ausblieben. Die Operation fand bei denselben in der 6. oder 7. Woche nach der Infection statt. Es handelte sich beide Male um Geschwüre, die von der Umgebung durch einen indurirten Rand scharf abgesetzt waren und eine blos einseitige, ihrem Sitze entsprechende Adenitis verursacht hatten; die Heilung erfolgte an den Genitalien und in der Leiste per primam und mit weicher Narbe. In den 5 verunglückten Fällen war die Excision in der 3., 4., 6. und 7. Woche ausgeführt wor-



den und zwar hatte man es dabei öfters mit multiplen Erosionen, die auf harter Basis aufsassen, zu thun. Die primäre Adenitis war dreimal doppelseitig, zweimal nur einseitig; die Heilung an der Stelle des Primäraffectes geschah dreimal per primam, zweimal durch Eiterung; in der Narbe kam es in zwei Fällen zu einer Induration, welche je einmal ohne Erfolg wieder excidirt und verätzt wurde. Die Leistenwunden heilten immer per primam, was jedoch nicht verhinderte, dass sich in zwei Fällen nachträglich unter der Narbe eine Ansammlung von Lymphserum bildete, welche eine wiederholte Eröffnung nöthig machte.

Wenn nun die Erfolge, welche wir durch die gleichzeitig ausgeführten Drüsenexstirpationen erzielten, keineswegs glänzende zu nennen sind, so erklärt sich dies dadurch, dass die Mehrzahl der mit Skleradenitis complicirten Fälle meist in jenem vorgerückten Stadium zur Behandlung kommen, wo das Virus seinen Weg bereits über die Ganglien hinaus genommen hat, sei es in die Blutbahn oder durch continuirliche Infection in die Nachbarschaft, in für das Messer nicht mehr erreichbare Zonen. Dagegen ist es sehr wohl möglich, dass in einer Minderzahl von Fällen das Gift vorerst nur in geringer, winziger Menge in die Drüsen eingedrungen ist, und wenn dann bei der Wegnahme des die Rolle des Mutterknotens spielenden Primäraffectes die Quelle der Zufuhr versiegt, so liegt der Gedanke nahe, dass dasselbe in seiner Concurrenz mit den Zellen des Drüsengewebes unterliegt. Gerade bei der sich immer mehr bahnbrechenden Anschauungsweise von der parasitischen Natur des syphilitischen Giftes liegt es nahe, bei Abschätzung seiner Wirksamkeit den Einfluss der Quantität in die Wagschale zu legen, wie dies für die Tuberculose, deren Verwandtschaft mit der Syphilis wir wiederholt betont haben, neuerdings von Robert Koch[1]), dem glücklichen Entdecker der Tuberkelbacillen geschehen ist, der dies Moment behufs der Differentiirung der miliaren und chronischen Tuberculose herangezogen hat. Bei der Miliartuberculose findet nach Koch die Infection durch eine grosse Anzahl von Bacterien statt, welche gleichzeitig in den Blutstrom gelangen und sich über den Körper verbreiten. Die Phthise dagegen gehe höchst

[1]) Tagblatt des I. Congr. für inn. Med. in Wiesbaden, Nr. 3. 22. April 1882.



wahrscheinlich nur von einem oder wenigen in die Lunge eingedrungenen Infectionskeimen aus. Bekanntermassen hat schon Nägeli[1]) den Ausgang des Kampfes zwischen Parasit und lebendiger Zelle von der Zahl der eindringenden Spaltpilze abhängig gemacht. In geringer Zahl gehen diese — unfähig den selbst geschwächten Lebenskräften gegenüber sich zu vermehren — ohne nachtheilige Folgen gebracht zu haben, wieder zu Grunde.

Es wäre wohl denkbar, dass dieses Verhältniss noch in anderer Beziehung massgebend wäre, so bezüglich der Fortschreitungsfähigkeit und hiemit der Infectiosität des in einem Localherd vorfindlichen Giftes, wobei die Bacterien ganz aus dem Spiel bleiben können. Ist nämlich nach Exstirpation eines syphilitischen Primäraffectes die Menge des in den geschwollenen Leistendrüsen angesammelten Giftes gering, so kann dasselbe vom Organismus, resp. den Parenchymzellen abgeschwächt oder gänzlich überwunden werden; die Allgemeinerkrankung bleibt aus oder tritt in milderer Form auf.

Viele der von Auspitz beschriebenen Fälle, die trotz der bereits vorhandenen Leistendrüsenschwellung günstig ausfielen, finden wahrscheinlich hierin ihre Erklärung. Die auf der Syphilidoklinik des Juliusspitals eintretenden Kranken befinden sich der Mehrzahl nach in einem vorgerückteren Stadium und sind diesem Umstande grösstentheils unsere weniger günstigen Resultate zuzuschreiben.

In denselben liegt übrigens eine Gewähr für die active Rolle, die wir der Lymphdrüsenschwellung beim Zustandekommen der Infection der Gesammtconstitution zuerkennen. Experiment, klinische Beobachtung und Analogie, sie decken sich in diesem Falle gegenseitig, und wenn auch durch die von Auspitz und Unna aufgefundene, durch Cornil bestätigte eigenthümliche Blutgefässerkrankung eine Weiterverbreitung des Processes vom Localaffecte aus nicht blos längs der Adventitien, sondern auch an der mit dem Blute in directer Berührung stehenden Innenwand der Gefässe erwiesen ist und hiemit eine unmittelbare Betheiligung der Blutbahn wahrscheinlich gemacht wird, so fehlt für letztere doch noch die thatsächliche Begründung. Ja es liesse sich

[1]) Die niederen Pilze. München 1877. S. 42.



sogar denken, dass die Art der schliesslich zur Obliteration führenden Veränderung an der Intima der Gefässe einem Vordringen des Giftes eher hinderlich als förderlich sei, während die glatten und „klaffend offenstehenden“ Lymphbahnen demselben sicher kein Hinderniss in den Weg legen.

Wie bereits oben bemerkt wurde (S. 280): Gerne geben wir Auspitz [1]) den „Lymphstrang“ preis, auch der successive Gang der Erkrankung in ununterbrochener Kette von Drüse zu Drüse mag eine Fabel sein, endlich auch stehen wir nicht an, Auspitz darin beizupflichten, dass die allgemeine Drüsenschwellung bei constitutioneller Syphilis ihrer Natur nach von den dem Primäraffect zugehörenden indolenten Bubonen zu trennen ist — all das verträgt sich aber ganz gut mit der Ansicht, dass die erste Propagation des syphilitischen Agens durch den Lymphstrom erfolgt, und dass die Lymphganglien sowohl bei der Verbreitung wie bei dem Verweilen des Giftes im Körper eine wichtige Rolle spielen. Nicht als ob die Lymphdrüsen das ausschliessliche Monopol für den Transport des syphilitischen Giftes im Körper besässen; haben sich einmal anderwärts, oberflächlich oder in der Tiefe, Localläsionen gebildet, dann können diese die gleiche Rolle übernehmen und neben morphologischen Partikeln auch Giftmolecüle (Bacterien) direct ans Blut abgeben, wenn schon auch in solchem Falle die Saftkanäle häufig die Vermittler machen werden, wobei es zur Bildung jener secundären Bubonen kommt, von welchen oben die Rede war. Wie die Localläsion, die sie hervorrief, enthalten sie das Gift nicht mehr in seiner ursprünglichen, sondern in mitigirter Form, was wohl der Grund ist, dass der Nexus zwischen beiden kein so constanter und zwingender ist, wie zwischen syphilitischem Primäraffect und indolentem Leistenbubo [2]). Sicherlich hindert dies nicht, sie als zeitweise Depositäre des Giftes im Sinne Virchow's zu betrachten, doch gilt dies begreiflicher Weise noch weit mehr von dem letzteren, dem obligaten Begleiter der Initialsklerose und wenn auch unter Umständen hier wie dort das deponirte Gift allmählich umgewandelt.

[1]) Excis. der Huntersch. Induration. Wiener med. Presse 1879, Nr. 18.

[2]) Fournier findet gerade hierin einen wesentlichen Unterschied zwischen Schanker und Secundäraffect. Leçons sur la Syph. chez la femme. 2. Edit. p. 472.



oder sonstwie eliminirt werden kann und die als Residuum zurückbleibende Drüsengeschwulst schliesslich nur mehr die Bedeutung einer einfachen Hyperplasie hat, so können hierüber doch Jahre vergehen und der unheildrohende Tumor wird fortwährend den Kranken der Gefahr einer erneuten Infection aussetzen. Statt nun unthätig zuzuwarten, schreite man zur Entfernung der infiltrirten Drüsen — eine Operation, die bei der oberflächlichen Lage und leichten Verschiebbarkeit der indolent geschwollenen Lymphdrüsen keine Schwierigkeiten bietet.

Die Abortiv-Behandlung der Syphilis mittelst Excision der Hunter'schen Induration wird von dem Augenblicke an günstigere Resultate aufzuweisen haben, wo man die gleichzeitige Exstirpation der indolenten Leistendrüsen zur Norm erhebt; Schanker- und Drüsensklerose gehören zusammen und müssen daher auch mit einander entfernt werden. Frühzeitig vorgenommen dürfte die isolirte Ausschneidung der einen vorherrschend entwickelten Drüse — des von Ricord[1]) sogenannten „Ganglion anatomique de la pléiade" — in vielen Fällen ausreichen, wenn schon in diesen Dingen in der Regel ein „Zuviel" besser ist als ein „Zuwenig". Tritt nach der Excision des Schankers mehr oder minder rasch Sklerosirung am Excisionsrande ein, so ist die Wiederholung der Operation angezeigt, wenn man nicht lieber den Aetzstift wählt, denn die Recidive ist oft auch dann noch nicht das Resultat einer Einwirkung der Dyskrasie auf diese Theile, sondern kann durch die Fortsetzung der Localaffection auf die Nachbarschaft zu Stande kommen, wobei vornehmlich die Auspitz'sche Gefässalteration betheiligt sein mag. Tritt aber nach der Drüsenexstirpation erneute Schwellung und Sklerosirung der zurückgelassenen Ganglien ein, dann dürfte eine nachhinkende Wiederholung der Operation wohl immer zu spät kommen.

Noch hätten wir die Frage zu beantworten, ob und wie weit die Hinwegnahme der primären indolenten Bubonen auch im Falle eines Nichterfolges einen günstigen Einfluss auf den späteren Verlauf der Syphilis zu üben vermöge? Schon oben (S. 275) bei der Ex-

---

[1]) Ricord-Fournier, Leçons sur le Chancre. Paris 1860, p. 155. Fournier nennt es „le ganglion directe" (Syphilis chez la femme. 2. Edit. p. 165).

cision des Schankers war die Rede davon, dass mehrere Syphilidologen in Fällen des Misslingens die trotz der Excision eintretenden secundären Erscheinungen einen milderen Verlauf annehmen sahen. Auch Auspitz [1]) spricht von einer solchen Abschwächung der allgemeinen Symptome und wir stimmen darin mit ihm überein, dass erst weitere Untersuchungen in dieser Beziehung die Grundlage für ein sicheres Urtheil bieten werden. Mauriac [2]), der sich etwas genauer über die Sache auslässt, glaubt, dass die Ansicht, nach welcher die Excision, wenn sie auch nicht immer der Infection vorzubeugen vermöge, die Eigenschaft besitze, den schlimmen Wirkungen derselben vorzubeugen, zur Zeit jedes soliden Anhaltspunktes entbehre. Er spricht sich zugleich gegen die Einführung einer Art von curativer Verwendung der Excision aus, deren Erfolge doch stets hypothetisch bleiben würden.

Beschränkt man sich auf die Excision des Primäraffectes, so hat Mauriac ohne Zweifel Recht, nicht so, wenn man die Exstirpation der sklerotischen Lymphdrüsen in der Weiche mit ihr verbindet. Wir, die wir in den letzteren, wie wiederholt erwähnt, die Orte erblicken, in denen das Virus zurückgehalten und von wo aus es auch noch später weiter verbreitet wird, und ebenso in der oft über Jahr und Tag nicht weichenden Hunter'schen Induration einen Schlupfwinkel des giftigen Agens vermuthen,[3]) halten die frühzeitige simultane Entfernung beider, des Schankers und der Drüse, auch nach bereits manifest gewordenen Secundärsymptomen für rationell und glauben, dass diese Methode einen prophylaktischen Einfluss bezüglich des Auftauchens von Recidive, wie des Fortscheitens der Syphilis zu schwereren Formen üben werde. Dieselbe wird seit längerer Zeit auf der Würzburger Syphilidoklinik in geeigneten Fällen ausgeführt und erlauben wir uns hier kurz eines Falles zu gedenken, in welchem dieselbe von einem günstigen Erfolge begleitet schien, wenn wir auch weit entfernt sind, demselben jetzt schon eine grössere Tragweite beizumessen.

---

[1]) Ueber die Excision der syphilitisch. Init.-Sklerose. S. 157.

[2]) Mémoire sur l' excision p. 14.

[3]) Auch Kaposi vertritt diese Ansicht. (Pathologie u. Therapie der Syphilis. S. 101.



Der Kaufmann C. D. 30 Jahre alt, trat am 28. Mai 1879 mit einer erbsengrossen Induration an der rechten Seite der Fossa coronaria behaftet, auf der syphil. Abth. des Juliusspitals ein. Die Leistendrüsen waren rechterseits bohnen- bis haselnussgross in multipler Weise geschwollen, ebenso linkerseits, doch bedeutend weniger. Cubitaldrüsen frei, dagegen Halsdrüsen beiderseits vergrössert. Auf Brust und Rücken ein deutlich ausgesprochenes lenticuläres Syphilid, Zugleich leichte Schwellung der Mandeln und Röthung der Gaumengegend. Der inficirende Coitus hatte am 15. Januar stattgefunden, in den ersten Tagen Februars bemerkte Patient ein kleines Geschwür in der Kronfurche, dem alsbald noch mehrere kleine Geschwüre rings um den Sulcus retroglandularis sich anschlossen. Eine Behandlung mit Sol. Cupr. sulph. brachte dieselben zur Heilung, einige brachen aber zeitweise wieder auf und Anfangs März bemerkte Pat. die oben angezeigte Sklerose. Ende April zeigten sich einzelne Grinde am behaarten Kopfe und bald nachher trat das oben gemeldete Exanthem auf. Ausser einer nur wenige Tage fortgesetzten Sublimatpillenkur hatte derselbe keine Behandlung durchgemacht.

Complicirt wurde die Sache dadurch, dass Pat. Heirathscandidat und unter allen Umständen durch die Verhältnisse gezwungen war, innerhalb eines halben Jahres sich zu verehelichen. Es wurde sofort eine Quecksilberinjectionscur ins Werk gesetzt, zugleich aber am 2. Juni die Excision der gedachten Sklerose und gleichzeitig hiemit die Exstirpation zweier besonders hervorragender Leistendrüsen vorgenommen. Die Wunden heilten rasch. Eine kleine an der Excisionswunde auftauchende Härte wich einer Aetzung mit Lapis. Um auf die Schwellung einiger zurückgelassenen kleinen Leistendrüsen zu wirken, wurden die Quecksilberinjectionen zum Theile in der hypogastrischen Gegend applicirt. Ausserdem gebrauchte Patient Dampfbäder. Am 24. Juni fand die letzte, 25., Sublimatinjection statt. Am 28. Juni wurde Patient, der kein Zeichen constitutioneller Syphilis mehr an sich trug und grosse Eile hatte, entlassen, mit dem Bedeuten, noch mindestens sechs Monate lang, d. h. bis zu seiner Verheirathung einer Jodkalibehandlung mit regelmässig inzwischen gelegten grösseren Pausen sich zu unterziehen, eine Methode, die seit langer Zeit von Prof. Lipp in Graz geübt wird und einigermassen an die „méthode de traitement intermittent" von Fournier erinnert. Zugleich erhielt Pat. den Auftrag, bei Sichtbarwerden verdächtiger Symptome sofort wieder

in die Behandlung einzutreten. Im März 1880 meldete uns derselbe seine Verheiratung, am 15. Januar 1881 die glückliche Entbindung seiner Frau, die das Kind selbst stillte. Am 4. Juni 1881 fand sich D. persönlich bei uns ein, berichtete über das völlige Gesundbleiben von Frau und Kind, während eine an ihm selbst vorgenommene Untersuchung keine Spur von Syphilisresiduen und namentlich keine Drüsenschwellung entdecken liess. Die durch regelmässige Pausen unterbrochene Jodkalibehandlung hatte er bis zu seiner Verheirathung, also acht Monate, fortgesetzt.

Beweiskräftig ist eine solche vereinzelte Beobachtung nun freilich nicht. Einmal wissen wir jetzt, dass selbst bei zur Zeit der Zeugung in flore stehender Syphilis des Vaters das Kind gesund bleiben kann (Fall Grünfeld). Ferner wäre beim Kinde noch eine Syphilis hereditaria tarda möglich, welche ihr späteres Auftreten aber doch in der Regel durch ein, wenn auch leichtes und daher oft übersehenes Symptom in der gewöhnlichen Zeit anzumelden pflegt. Die Methode selbst steht freilich in grellem Widerspruch mit dem Fournier'schen[1]) Grundsatze einer 3—4 Jahre unterhaltenen rigorosen Quecksilber - Jodbehandlung, aber diesem drakonischen Ausspruch dürften die wenigsten Heirathscandidaten sich fügen, sondern im Falle ihnen keine Ermässigung bezüglich der Zeitdauer der Behandlung gewährt wird, es vorziehen, bei einem milder denkenden, wenn auch vielleicht weniger rationell vorgehenden Arzte Hilfe zu suchen.

Ob das von uns in solchen Fällen befolgte Verfahren durch seine wohl nicht zu läugnende Intensität zu ersetzen vermag, was ihm an Zeit gebricht, ist eine Frage, über die nur die Erfahrung entscheiden kann und wird dieselbe daher noch auf lange hin nicht spruchreif sein.

Nicht unerwähnt will ich lassen, dass Fournier[2]) die Entfernung solcher nach einer Kur zurückbleibenden Sklerosen auf operativem Wege in die Acht erklärt und das Verfahren selbst als ein verwerfliches und geradezu unverantwortliches brandmarkt, das ausserdem überflüssig sei, weil die Induration bald von selbst

[1]) Syphilis et mariage. Paris 1880, p. 141.

[2]) Syphilis chez la femme. 2. Edit. p. 150.



verschwinde (?). Als besondere Nachtheile werden erwähnt die zurückbleibende Deformität und die sicher erfolgende Recidive. Um den Abscheu vor dieser Operation noch zu steigern, wird schliesslich ein Fall erzählt, wo die von den Händen eines „Médicastre“ ausgeführte Excision eine heftige Blutung hervorrief und nach 14 Tagen eine Recidive der Sklerose zur Folge hatte.

Ich schliesse hiemit meine Mittheilungen aus der Würzburger Syphilidoklinik, deren Zweck es zunächst war, darüber zu berichten, wie sich an ihr die seit der Auspitz'schen Publication mit solcher Lebhaftigkeit discutirte Frage der Schanker-Excision unter den Händen meines Lehrers, Herrn Geh. Raths v. Rinecker gestaltet hat.

Die excidirten Sklerosen wurden sämmtlich bewährten pathologischen Anatomen zur Untersuchung übergeben, weitaus die Mehrzahl Herrn Hofrath Rindfleisch und ist die Richtigkeit der klinischen Diagnose auch von dieser Seite her bestätigt worden.

A.

27 Fälle von Schanker-Excision mit und ohne gleichzeitige Exstirpation der inficirten Leistendrüsen. Die Fälle, in welchen diese Exstirpation stattfand, sind mit * bezeichnet.

Nrs. curr.	Zeitintervall zwischen Infection und Excision	Primäre Drüsenaffect.		Sklerosen-Recidive an der Narbe		Erfolg [1])		Zu kurze Beobachtungszeit	Noch in Beobachtung
		vorh.	nicht.	mit	ohne	posit.	negat.		
1.	30 Tage	—	1	—	1	1	—	—	—
2.	33 „	—	1	—	1	—	—	1	—
3.	12?) „	—	1	—	1	—	—	1	—
4.	21 „	—	1	—	1	—	—	1	—
5.	30 „	—	1	1	—	—	1	—	—
6.	65 „	1	—	—	1	—	1	—	—
7.	57 „	1	—	—	1	—	—	1	—
8.	65 „	1	—	—	1	—	1	—	—
9.	35 „	1	—	—	1	—	—	1	—
10.	18 „	—	1	—	1	1	—	—	—
11.	31 „	—	1	—	1	1	—	—	—
12.[2])	50 „	—	1	—	1	—	—	—	—
13.	17 „	—	1	—	1	—	—	1	—
14.	48 „	1*	—	—	1	—	1	—	—
15.	49 „	1*	—	—	1	—	1	—	—
16.	45 „	1*	—	—	1	1	—	—	—
17.	45 „	1*	—	1	—	—	1	—	—
18.	42 „	1*	—	—	1	1	—	—	—
19.	22 „	1*	—	1	—	—	1	—	—
20.	20 „	1*	—	1	—	—	1	—	—
21.	17 „	1*	—	—	1	—	—	—	1
22.[3])	22 „	1*	—	—	1	—	—	—	—
23.	32 „	1*	—	—	1	—	—	—	1
24.	28 „	1*	—	—	1	—	—	—	1
25.	35 „	—	1	—	1	—	—	—	1
26.	14 „	—	1	—	1	—	—	—	1
27.	27 „	1*	—	—	1	—	—	—	1

[1]) Zur Annahme eines positiven Erfolgs hielt man als Minimum eine Beobachtungszeit von 6 Monaten für nöthig.

[2]) Die mikroskopische Untersuchung liess die vermeintliche Sklerose als einfaches Narbengewebe erkennen.

[3]) Mikroskopische Untersuchung unterblieben, aber der weitere Verlauf stellte ein Ulcus molle heraus.



B.

16 Fälle von Excision der Initialsclerose nach eingetretener Allgemein-Infection. Die Fälle mit gleichzeitiger Drüsen-Exstirpation sind mit * bezeichnet.

Nrs. curr.	Zeitintervall zwischen Infetion und Excision	Primäre Drüsenaffection		Sclerosen-Recidiven an der Narbe	
		vorh.	nicht	mit	ohne
1.	92 Tage	1	—	—	1
2.	121 „	1	—	—	1
3.	4 Jahre	1	—	—	1
4.	65 Tage	1*	—		1
5.	65 „	1*	—	—	1
6.	90 „	1	—	1	—
7.	85 „	1	—	—	1
8.	120 „	1	—	—	1
9.	78 „	1	—	—	1
10.	77 „	1	—	—	1
11.	93 „	1*	—	—	1
12.	130 „	1	—	1	—
13.	110 „	1	—	—	1
14.	121 „	1	—	—	1
15.	76 „	1	—	—	1
16.	107 „	1	—	1	—

Zur Abwehr gegen den Aufsatz von Dr. Schuster: „Ueber die Ausscheidung des Quecksilbers während und nach Quecksilberkuren"

von

Dr. L. v. Vajda und **Dr. H. Paschkis.**

In der im letzten Hefte dieses Archivs erschienenen Arbeit „über die Ausscheidung des Quecksilbers vor und nach Quecksilberkuren" hat Herr Dr. Schuster die Ergebnisse unserer Quecksilberuntersuchungen, welche wir in der Schrift „über den Einfluss des Quecksilbers etc. . . [1])" niedergelegt hatten, theilweise angezweifelt, theilweise als irrthümlich bezeichnet. Er gründet seine Zweifel einerseits auf die Unverlässlichkeit einer der angewandten Methoden, andererseits auf von ihm selbst erreichte Resultate.

Was die Unverlässlichkeit der Methode betrifft, so glauben wir nach der Erwiderung, welche dem Autor von seiten Prof. Ludwig's zu Theil geworden ist, kein Wort mehr darüber verlieren zu müssen. Wir hätten uns auch gewiss mit dieser realen, ausschliesslich die Ausführung der Methode betreffenden Richtigstellung begnügt, wenn der Autor nicht auch in anderer Beziehung Anlass zu ernstlichen Recriminationen gegeben hätte. Er kritisirt nämlich die Arbeit und beurtheilt deren Resultate, ohne die erste auch nur gelesen zu haben. Dass dieser Vorwurf Herrn Dr. Schuster mit Recht trifft, geht schon daraus hervor, dass der Autor p. 52 sagt, „von beiden Autoren Vajda und Paschkis wurde die Ludwig'sche Methode und demnach Zinkstaub zur Amalgamirung des zu suchenden Quecksilbers benützt", während wir p. 93 unserer Schrift ausdrücklich und wiederholt betonen, dass die ersteren 93 Fälle nach der Schneider'schen resp. nach der von Ludwig modificirten Schneider'schen Methode untersucht wurden. Da nun diese letztere Methode auf der Verwendung des elektrischen Stromes, nicht aber des Zinkstaubes, zur Ausscheidung des

[1]) Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilisprocess v. Dr. L. v. Vajda u. Dr. H. Paschkis. Wien, Braumüller 1880.



Quecksilbers beruht, so erscheinen nicht nur der obige Ausspruch des Autors, sondern alle weiteren Schlussfolgerungen desselben aus der Luft gegriffen.

Hätte derselbe unsere Arbeit gelesen, so müsste er sich vor allem doch fragen, welche Fälle eigentlich nach der ihm unerlässlich erscheinenden Ludwig'schen Methode untersucht worden seien. Dann hätte Dr. Schuster schon aus der Betrachtung der ersten 93 Fälle ersehen können, dass auch dort, wo der elektrische Strom statt des verdächtigen Zinkstaubes die Abscheidung des Quecksilbers besorgte, eine nachträgliche Ausscheidung bis 4 Monate und darüber nach der Einverleibung des Quecksilbers constatirt werden konnte (solche Fälle sind 3, 6, 17, 20, 107, 109).

Ohne uns auf weitere Details hier einlassen zu wollen, haben wir rücksichtlich der weiteren Einwendungen des Autors nur Folgendes zu bemerken: Es war uns sehr wohl bekannt, dass das Quecksilber auch auf anderen Wegen, als durch den Harn aus dem Körper zur Ausscheidung gelange und wir haben dieser Anschauung an vielen Stellen unserer citirten Abhandlung deutlichen Ausdruck gegeben.

Aus diesem Grunde glaubten wir von der Untersuchung der Fäces absehen zu können um so mehr, als wir ja in dem Auftreten des Quecksilbers im Harn ein genügendes Kriterium für dessen Ausscheidung oder Remanenz vor uns hatten.

Wenn Herr Dr. Schuster weiters behauptet, dass er nach 6 Monaten kein Quecksilber im Harn und den Fäces gefunden habe, so mag dies für seine wenigen (6) Fälle seine Richtigkeit haben, wenn er aber den Ausspruch wagt: „Eine jahrelange Remanenz des Quecksilbers im Organismus ist demnach unwahrscheinlich", so geben wir ihm zu bedenken, dass es durchaus nicht angeht, auch nur gegen einen einzigen positiven Fall selbst tausende von negativen ins Feld zu führen.

Zum Schlusse wollen wir bezüglich der Ludwig'schen Methode, deren Anwendung wir die Resultate unserer Arbeiten zum grossen Theile zu danken haben, Herrn Dr. Schuster nur fragen, wie er, da immer derselbe Zinkstaub bei den übrigen 103 Fällen in Verwendung gekommen ist, die häufigen negativen Resultate zu erklären in der Lage ist.



Erwiderung auf die „Bemerkung“ des Hrn. E. Ludwig zu meiner Arbeit „Ueber die Ausscheidung des Quecksilbers“ [1]), nebst weiteren Aufschlüssen über diese Ausscheidung.

Von **Dr. Schuster,** pr. Arzt in Aachen.

Herr Prof. E. Ludwig ergeht sich in genannter „Bemerkung“ wegen meiner angeblichen „Anklage“ gegen seine Methode des Quecksilbernachweises in thierischen Substanzen. Von einer solchen „Anklage“ der Unzuverlässigkeit kann meinerseits um so weniger die Rede sein, als ich in meiner Arbeit ja angegeben habe, dass die E. Ludwig'sche Methode, wenn auch in der von Fürbringer-Schridde modificirten Weise, in den von mir veranlassten Untersuchungen zur Anwendung gekommen ist. Gegen diese Modification ist bisher von keiner Seite Einspruch erhoben, und daher wie es scheint auch von Herrn E. Ludwig deren Werth zugegeben; ihr liegt aber das Ludwig'sche Verfahren zu Grunde. Ich bin demnach der Letzte, welcher die grossen Verdienste des Herrn E. Ludwig um den Nachweis des Quecksilbers in thierischen Substanzen nicht anerkennen sollte.

Aus den hiesigen Analysen über die Ausscheidung des Quecksilbers, die noch fortgesetzt werden, kam ich bis jetzt zu dem Resultate, dass sich 8 Monate nach Beendigung der selbst 50malige Anwendung der grauen Salbe umfassenden Kur das Quecksilber weder im Harn, noch in den Fäces nachweisen liess. Das Quecksilber wurde verhältnissmässig seltener im Harn bei meinen Fällen nachgewiesen, als in den im Ludwig'schen Laboratorium unter-

---

[1]) S. diese Vierteljahrschr. 1882, 1. Heft.

suchten. Das musste mir auffallen einerseits, weil ich es in den bis jetzt untersuchten Fäces jetzt regelmässig fand von solchen Patienten, bei denen im Harne gegen Erwarten Mercur nicht gefunden wurde, weil andererseits im Ludwig'schen Laboratorium die Herren Vajda und Paschkis 2, 3, 5, 7, 13 Jahre nach verhältnissmässig wenigen (17maligen) Mercuranwendungen Quecksilber im Harne gefunden hatten.

Was lag da wohl näher als nach dem Grunde dieses grossen Unterschiedes in den Untersuchungsresultaten zu suchen?

Dass die genannten Herren das Ludwig'sche Verfahren genau durchgeführt hatten, daran konnte kein Zweifel aufkommen, ich habe dies in meiner Arbeit bereits derartig betont, dass Herr E. Ludwig sich der nochmaligen Hervorhebung über die grosse Sicherheit, mit der die Untersuchungen in seinem Laboratorium umgeben sind, hätte entschlagen dürfen. Entweder musste ich also den Gegensatz meiner und der genannten Resultate einfach bestehen lassen, oder nach einem Aufschlusse suchen. Dass ich letzteres gethan habe, wird mir Niemand, auch Herr E. Ludwig nicht übel nehmen. Aber dass ich es wagte, in dem von ihm zu seinem Verfahren neben dem Kupfer auch empfohlenen Zinkstaube einen Anhalt als Einwurf gegen die genannten Resultate zu suchen, das brachte mir die E. Ludwig'sche „Bemerkung" ein.

Ich behauptete „Jeder im Handel vorkommende Zinkstaub enthält Arsenik".

Aachen befindet sich umgeben von Zinkhütten, in denen Zinkstaub in grösster Menge gewonnen wird; hiedurch war die Untersuchung des Zinkstaubes verschiedensten Ursprunges erleichtert. Demnach hatte jene Behauptung meinerseits nichts Auffälliges; zudem ist sie wahr. Das wird Herr Prof. Ludwig auch nicht bestreiten.

Ich behauptete zweitens „dass Jod mit Arsen eine dem Jodquecksilber in ihrer rothen Farbe sehr ähnliche Verbindung geben kann".

Dagegen erwähnt Herr E. Ludwig, es sei jedem Anfänger in der analytischen Chemie bekannt, dass die Jodide genannter Metalle ihrem äusseren Ansehen nach einen „gewissen Grad" von Aehnlichkeit haben können. Ich aber sage aus dem Nachweise des schön rothen Jodarsens, dass die Jodide beider Metalle, besonders wenn es sich um sehr kleine Mengen handelt, geradezu

sich makroskopisch nicht unterscheiden lassen. Das ist also bei Weitem mehr, als „ein gewisser Grad" von Aehnlichkeit.

Aber nun kommt erst der Kernpunkt der Ludwig'schen Abfertigung.

Ich meinte nun zur Erklärung des Gegensatzes der erwähnten Resultate, der Einwand sei zulässig, dass also unter Benutzung des Zinkstaubes bei dem Ludwig'schen Verfahren auch der Arsenik einen rothen Jodbeschlag geben könnte.

Darauf erwiedert nun Herr E. Ludwig — und zwar mit weit grösserer Berechtigung — dass ich mit Zinkstaub und normalem Harn oder Wasser genau nach seinem Verfahren (unter Anwendung des Luftstromes) einmal Versuche machen solle. Ich fühlte mich bereits im Februar d. J. veranlasst, mehrere solcher Versuche machen zu lassen; sie schlugen negativ aus. Natürlich! Im Luftstrome oxydirt sich das im Zinkstaube enthaltene Arsenik und gibt in Folge dessen mit Jod kein Jodarsen.

Ist aber darum mein Einwand hinfällig? Durchaus nicht! Denn es kann dennoch metallisches Arsen sich unter zwei Bedingungen verflüchtigen, und zwar 1. durch Stockung des Luftstromes, so dass nicht alles Arsen verbrennen kann; 2. durch die reducirende Wirkung der etwa im Harne vorhandenen organischen Substanzen. Man hat nämlich nicht immer mit „normalem" Harn bei dessen Untersuchung auf Quecksilber zu thun. Das sind Verhältnisse, die nach Rücksprache nicht mit „irgend Jemand" sondern mit ihr Fach beherrschenden Chemikern nach deren Ansicht als möglich angesehen werden müssen und für deren Giltigkeit einzustehen und sie zu vertheidigen, einer derselben, der bereits wiederholt erwähnte Fach-Chemiker, Herr Dr. Schridde, sich hiermit bereit erklärt. Ich muss daher meine über den Werth des Zinkstaubes der Lametta gegenüber ausgesprochene Ansicht aus den angegebenen Gründen aufrecht erhalten. Bemerke noch ferner, dass in Stolberg bei Aachen selbst Galmei verhüttet wurde, der stark zinnoberhaltig war.

Nun kommt dagegen allerdings die Erklärung E. Ludwig's, dass die von mir als möglich gehaltenen Fehlerquellen in seinem Laboratorium selbstverständlich ausgeschlossen werden, dass die in seinem Laboratorium erzielten Resultate über Ausscheidung des Quecksilbers nicht angezweifelt werden dürfen.



Nun! dann trifft hiernach für diese Fälle meine Erklärung des Gegensatzes in meinen und den Vajda-Paschkis'schen Resultaten nicht zu, es bleibt dann zunächst dieser Gegensatz also unaufgeklärt bestehen, und weitere Untersuchungen müssen dann hierüber Licht suchen.

Bis heute sind auf meine Veranlassung einige zwanzig Fäcaluntersuchungen neben vielen Harnuntersuchungen auf Quecksilber vorgenommen worden bei Patienten, welche sich entweder noch in der Quecksilberbehandlung befanden, oder welche vor kürzerer oder längerer Zeit bis zu einem Jahre vorher unter meiner Leitung zu ihrer Kur 40 Mal und mehr die graue Salbe angewendet hatten.

Ausser den in meiner Arbeit über die Ausscheidung des Quecksilbers bereits erwähnten 7 Fäcaluntersuchungen sind bis heute noch vierzehn weitere gemacht worden. Dieselben dürften für die Frage von der Ausscheidung des Quecksilbers von besonderem Interesse sein; deshalb erlaube ich mir, sie hier anzuführen.

Bei Fall 36 (s. m. Arb. I. Heft, 1882) wurden noch dreimal die Fäces theils während, theils 6 und 10 Tage nach der Kur untersucht. Dieselben waren jedesmal stark Hg-haltig; das vorletzte Mal zeigte sich das Hg in quantitativ leicht zu bestimmender Menge. Deshalb wurde einige Tage später eine dritte Untersuchung vorgenommen zu dem Zwecke, um zu erfahren, ob das Hg in den Fäces in gelöstem oder ungelöstem Zustande vorkomme. Der wässerige Auszug ergab ein negatives Resultat; der feste Rückstand dagegen wieder ein schönes positives Resultat. In diesem Falle war also das Hg ungelöst in den Fäces erhalten. Es konnte demnach entweder als Calomel, Schwefelquecksilber oder metallisches Quecksilber vorhanden sein, insofern man nicht eine unlösliche, complicirte, organische Verbindung annehmen will.

Fall 19, der einmal einen Hg-haltigen, einmal einen Hg-freien Harn darbot, der sich nach zweimonatlicher Abwesenheit mit Gesicht- und Pharynx-Ulcera wieder vorstellte, zeigte bei den vom 22. März bis jetzt 5 Mal in Zwischenräumen von 6 bis 14 Tagen vorgenommenen Fäcaluntersuchungen — die letzte wurde 4 Monate nach der Kur vorgenommen, ohne dass in dieser Zeit Mercur gebraucht worden wäre — jedesmal Hg und zwar in jedesmal sich

vermehrender Menge. Dagegen fehlte Letzteres bei einer gleichzeitig vorgenommenen Harnuntersuchung. Der Kranke gebraucht während seines Hierseins den Thermalbrunnen und Bäder.

In drei Fällen wurden noch die Fäces acht Monate nach der Behandlung untersucht. Letztere hatte in 45 resp. 50 Einreibungen von je 5 Gramm grauer Salbe bestanden. Das Resultat war jedesmal ein negatives. In zwei von diesen Fällen wurde auch der Harn gleichzeitig auf Quecksilber untersucht; das Resultat war ein negatives.

Dagegen darf folgender vor 10 Tagen zuerst untersuchter Fall nicht verschwiegen werden: Herr R. hat in einem Zeitraume von drei Monaten wegen eines specifischen Cerebrospinalleidens 46 Inunctionen grauer Salbe gebraucht. Die jetzt untersuchten Fäces, sowie der Harn zeigten sich Hg-frei. Die untersuchten Fäces waren spärlich. Immerhin war er die erste Ausnahme unter den allein bis jetzt positiv ausgefallenen Untersuchungen der Fäces. Es wurde deshalb nach 8 Tagen, während welcher Zeit noch 4 Innunctionen gemacht wurden, eine nochmalige Untersuchung der Fäces vorgenommen. Da an einem Tage sehr wenig Fäcalmasse entleert wurde, so wurde die von drei Tagen erhaltene nicht zu grosse Menge untersucht. Diesmal zeigt sich reichlich Hg in den Fäces.

Die weiteren bis jetzt untersuchten Fälle bestätigen also vollauf die in meiner ersten Arbeit über die Ausscheidung des Quecksilbers ausgesprochenen Schlusssätze. Das Quecksilber wird durch die Fäces in beständiger, regelmässiger Weise ausgeschieden. Vier Monate nach der Kur wurden die Fäces noch Hg-haltig gefunden. Acht Monate nach längerer Hg-kur konnte bis jetzt weder im Harn noch in den Fäces Hg nachgewiesen werden; mit Rücksicht darauf, dass viel weniger Hg täglich ausgeschieden, als während der Kur täglich aufgenommen wird, ist die Möglichkeit zuzugeben, dass auch einmal acht Monate nach lange fortgesetzter Kur bei regelmässig vor sich gehender Ausscheidung durch die Fäces das Quecksilber in denselben nachgewiesen werde.

Aachen, den 5. Mai 1882.



Bemerkung zu der Erwiderung des Hrn. Dr. Schuster in Aachen.

Von Prof. Dr. **E. Ludwig** in Wien [1]).

Der Erwiderung des Herrn Dr. Schuster in Aachen auf meine im I. Hefte dieser Vierteljahrschr. enthaltene Bemerkung habe ich Folgendes gegenüberzustellen:

Herr Dr. Schuster hat sich nun, indem er Zinkstaub nach meiner Methode prüfte, überzeugt, dass derselbe keinen störenden Metallbeschlag lieferte; ich wiederhole, dass mir, obwohl ich im Laufe der Zeit aus verschiedenen Quellen Zinkstaub bezogen habe, niemals eine Sorte von diesem Reagens vorgekommen ist, welche sich nach der vorgenommenen Prüfung für meine Methode als unbrauchbar erwiesen hätte. Wenn Herr Dr. Schuster ausführt, dass abnorme Harne sich bei der Prüfung mit Zinkstaub anders verhalten könnten, als normale Harne und dass beim Stocken des Luftstromes doch ein Arsenspiegel sich bilden könnte, so muss ich das als ein belangloses Gerede bezeichnen; wenn Herr Dr. Schuster die Prüfung mit verschiedenen abnormen Harnen durchgeführt hätte, wie ich es, bevor ich meine Methode publicirte, unzähligemale gethan, so würde er zu solchen Auskunftsmitteln nicht haben kommen können.

Nach der Meinung des Herrn Dr. Schuster sind Jodarsen und Jodquecksilber makroskopisch von einander nicht zu unterscheiden; das gilt nur für Solche, die wenig Uebung besitzen oder Farbennuancen überhaupt nicht scharf zu unterscheiden vermögen. Uebrigens sind diese beiden Jodide sehr leicht durch ihr Verhalten

[1]) Die Erörterungen in unserer Vierteljahresschrift über diesen Gegenstand sind hiemit abgeschlossen. Die Redaction.



gegen Wasser, resp. gegen feuchte Luft von einander zu unterscheiden. Wenn sich Herr Dr. Schuster die Mühe nimmt, Bunsen's Flammenreactionen (Heidelberg, Verlag von G. Köster 1880) eine Brochüre, die jeder Student, der sich dem Studium der analytischen Chemie im Laboratorium widmet, schon im I. Semester kennen lernt, einzusehen, so wird er pag. 18 u. 19 finden, dass Jodarsen verhauchbar, Jodquecksilber dagegen nicht verhauchbar ist, dass man somit in dem Durchblasen der feuchten Athemluft durch die Capillare sich vor Verwechslungen schützen kann.

Ich muss zum Schluss noch auf einige Entstellungen des Wortlautes meiner früheren Bemerkung eingehen, welche sich Herr Dr. Schuster in seiner Erwiderung hat zu Schulden kommen lassen. Ich habe nirgends eine besondere Sicherheit hervorgehoben, mit der die Untersuchungen in meinem Laboratorium umgeben sind, sondern betont, dass die Untersuchungsresultate der Herren DDr. Vajda und Paschkis volles Vertrauen verdienen, weil dieselben unter anderen in einem grösseren Laboratorium gewonnen sind, in welchem stets mehrere erfahrene Fach-Chemiker über zweifelhafte Fälle entscheiden können. Ich wirke seit nahezu 20 Jahren als Laboratoriumslehrer und habe an fast 1000 Schüler im Laboratorium Unterricht in der praktischen Chemie ertheilt; es wird demnach wohl jeder Unbefangene zugeben, dass ich ein Recht habe, für die unter meiner Leitung ausgeführten Arbeiten mindestens eben so viel Vertrauen zu beanspruchen, als ein chemischer Laie für die seinen beanspruchen kann.

Ich halte dafür, dass Herr Dr. Schuster nunmehr überzeugt sein kann, die Divergenz in seinen Resultaten und denen der Herren DDr. Vajda und Paschkis beruhe nicht auf der Anwendung des Zinkstaubes, sondern in anderen noch zu suchenden Ursachen und deshalb halte ich für meinen Theil die Discussion über diese Angelegenheit für abgeschlossen.

Wien, 6. Juli 1882.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Syphilis.

(Fortsetzung von Heft I. pag. 159.)

1. **Jullien.** Ueber die durch Excision von primären syphil. Geschwüren erzielten Resultate. (Verh. d. Londoner international. Congresses 1881 — Sep. Abdr.)
2. **Bifani.** Drei Fälle von Enucleation der Primärsklerose. (Giorn. intern. delle scienze mediche, fasc. III. 1882.)
3. **Spillmann.** Beitrag zum Studium der Schanker-Zerstörung als Abortivmethode für die Heilung der Syphilis. (Annal. de Derm. III. 3, 1882.)
4. **Haslund.** Die Excision des Schankers als abortive Behandlungsweise für die Syphilis. (Ugeschrift f. Laeger — Wochenschrift für Aerzte Nr. 4 und 5. 1882.)

Jullien stellt sich (1) die Frage, ob es möglich sei, die Wirkung des Syphilisgiftes dadurch zu unterdrücken oder zu modificiren, dass man auf irgend eine Art gegen die primäre Läsion, den Schanker, handelnd eingreift? So gestaltet sich die Frage, welche gegenwärtig die Syphilographen beschäftigt. Viele Autoren, wie Auspitz, Kölliker, Folinea, Unna betrachten sie als in bejahendem Sinne beantwortet, viele zweifeln noch, während Andere, durch theoretische Ideen geleitet, solche Versuche ganz verwerfen, und nicht einmal in die Discussion dieser Frage eingehen wollen, die sie von vornherein als bereits negativ beantwortet betrachten. Der Verfasser dieser Zeilen selbst, obwohl ehemals auf der Seite derer, welche die Abortivbehandlung der Primäraffecte für nutzlos halten, hat jetzt seine Meinung einigermassen geändert, und will seine Collegen bekannt machen mit den Resultaten, die er durch Excision der Primäraffecte erzielt hat. Sechs Fälle unterzogen sich der Operation, aber nur fünf von ihnen konnten vollständig verfolgt werden. Unter diesen fünf ist nur ein einziger von



allen syph. Symptomen frei geblieben; 9 Monate sind seit der ersten Erscheinung des primären Affectes abgelaufen und keinerlei secundäre Manifestationen zeigten sich. Der kleine, evident syphilitische Schanker wurde am 19. Tage (wohl nach dem Coitus? A. d. Ue.) durch Excision gründlich entfernt. Anfangs hatte die Wunde ein ungesundes Aussehen, wurde aber bald mit frischen Granulationen bedeckt; die entzündliche Induration, die der Operation folgte, verschwand rasch, so dass jetzt kaum Spuren zu bemerken sind und der Patient sich in vollkommener Gesundheit befindet.

Dies kann wohl Abortivirung der Syphilis oder ihrer Manifestationen genannt werden, und es ist nur die einzige Frage aufzuwerfen möglich: war der Schanker syphilitisch oder nicht? In dieser Beziehung kann ich mich auf Dr. Besnier vom Hospital St. Louis berufen, der den Patienten sah und das von mir excidirte Hautstück untersuchte, das er als zweifellos syphilitisch erkannte. In zwei anderen Fällen waren die Excisionen am 15. respective 20. Tage gemacht worden und bei beiden folgten syphilitische Allgemeinsymptome. Die Syphilide waren aber unbedeutend und die anderen Symptome entweder gleich Null oder von dem mildest möglichen Charakter.

Solche Resultate sprechen für die neue Behandlungsweise. Ich weiss jedoch zu gut, wie oft es vorkommt, dass Primäraffecte von so milden Erscheinungen gefolgt werden. Diese zwei Fälle unterscheiden sich kaum von den gewöhnlichsten dieser Art und bieten keinerlei Eigenthümlichkeiten. Nichts beweist, dass sie durch meine Behandlung modificirt worden waren und ich ziehe es daher vor, sie von meiner Liste zu streichen.

Anders hingegen ist es mit den zwei nächsten Fällen, über die ich referiren will. Nach der Operation zeigte jeder von ihnen ein Minimum von syph. Allgemeinerkrankung. Ich erlaube mir daher die Aufmerksamkeit meiner Collegen auf diese beiden Fälle zu lenken: Erstens wurde Mr. D. operirt an einem Präputialschanker fünf Tage nach dessen Auftreten. Die Wunde heilte per primam intent. Am 26. Tage (es ist nicht gesagt von wann an datirt. A. d. Ue.) trat Cephalalgie ein zugleich mit einigen wenigen Papeln am Abdomen und drei herpetiformen Flecken am dorsum penis; ferner Schwellung der Tonsillen und eine cervicale Polyadenitis. Bis zum 1. August, dem 119. Tage nach der Infection, war kein anderes Symptom aufgetreten.

Der zweite Fall betraf einen Mr. M., dem ich zwei Präputialschanker excidirte. Bei ihm ging die Vernarbung recht langsam vor sich. Am 103. Tage (von wann? A. d. Ue.) trat Cephalalgie, leichte Drüsenschwellung und Polyadenitis cervicalis auf.

Eine Syphilis, die sich in dieser Art entwickelt, ist so ungewöhnlich, dass wir es für etwas mehr als blosse Coincidenz ansehen müssen, dass zwei gleich behandelte Fälle auch den gleichen Verlauf aufwiesen. Ich für meinen Theil muss zugestehen, dass ich eine solche Form von Syphilis noch nicht gesehen habe, bei der, ohne dass die Haut oder Schleimhäute ergriffen worden wären, die Gegenwart des syph. Giftes sich nur in dem Lympdrüsensystem gezeigt hätte. Ich halte daher dafür, dass die Excision des Primäraffectes diese Modification der Symptome veranlasst habe und glaube nicht die Grenzen erlaubter Schlussfolgerungen zu überschreiten, wenn ich hier von Abortivsyphilis spreche. Wenn, was ich mit Sicherheit erwarte, diese beiden Patienten fernerhin von syphilitischen Erscheinungen frei bleiben, werden sie auch nicht mehr der Uebertragbarkeit der Syphilis ausgesetzt sein und können daher als vaccinirt betrachtet werden. Dieses ist der Punkt, zu dem ich gelangen wollte und die Zukunft wird lehren, was an dieser Hypothese ist.

Wenn wir die Mittel noch nicht kennen, die Gefahren der syphil. Virus zu verringern, wie es Pasteur mit der Pustule maligna gelungen ist, so scheint es doch wahrscheinlich, dass wir im Stande sein werden, Einfluss auf die Effecte zu erlangen, indem wir dem Gift gestatten, sich längere oder kürzere Zeit auf dem Orte der Inoculation zu entwickeln. Vielleicht erlangt man auf solche Weise ein abgeschwächtes Virus, das dann als Präservativ gegen spätere Infection wirken könnte.

Ich glaube aus meiner Erfahrung folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1. Die Excision des Schankers verursacht keine locale Schwierigkeit und beschleunigt das Verschwinden der Ulceration.

2. Unter gewissen Umständen, welche uns noch nicht bekannt sind, verhindert sie alle Syphilis-Erscheinungen.

3. Unter anderen Bedingungen vermindert sie die Wirkungen des Giftes so sehr, dass sie den Patienten die Vortheile einer Schutzimpfung zu gewähren scheint. (Hiedurch berichtigt sich der etwas abweichende Wortlaut des Berichtes in dieser Vrtljschr. 1881, pag. 677.)



Nach einer Einleitung, welche von seltener Unkenntniss der einschlägigen Literatur Zeugniss gibt, berichtet Bifani (2) über 3 Fälle von Excision der Initialsklerose. Der erste betraf einen 30jähr. Mann mit einer härtlichen gelbgrauen Geschwulst an der Oberlippe von der Grösse einer Myrtenbeere; die Cervicaldrüsen geschwollen. Dauer 15 Tage. Diagnose Syphilom. (Nähere Angaben hat der Verf. unterlassen A.) Enucleation. Baldige Heilung ohne weitere Syphiliserscheinungen. (Zeit der Heilung, dann der weiteren Beobachtung sind nicht angegeben. A.)

2. Fall. Ein Schuster in Neapel hatte im Jahre 1879 15 Tage nach einem Coitus im Sulcus coron. eine Excoriation, welche immer grösser wurde und dann sich zu einer harten Geschwulst von 5 Centimeter Umfang umwandelte, welche theilweise in die Corona glandis übergriff. Lymphstrang am Rücken des Penis und Leistendrüsen geschwollen. 26 Tage nach dem Auftreten des Geschwürs Operation der Geschwulst, welche sich als mit dem Corp. cavernosum zusammenhängend erwies. Wegen heftiger Blutung musste das Glüheisen angewendet werden. Nach $1^1/_2$ Jahren hatte Pat. noch keine Erscheinungen allg. Syph. gehabt.

3. Fall. Ein Apotheker in Neapel hatte 1876 seit 14 Tagen eine charakteristische Induration in der Gegend des Frenulums, 2 Centim. im Durchmesser. Eine entzündliche Reactionszone umgab die Sklerose. Inguinaldrüsen indolent geschwellt. Die Sklerose wurde exstirpirt, zerschnitten und etwas Gewebssaft mit einer Impflanzette auf den Arm und Bauch des Kranken überimpft — ohne Erfolg. Nach 10 Tagen neue Induration der Wundränder. Sklerose. Zweite Abtragung (Seconda recentazione), nach weiteren 10 Tagen wieder Verhärtung. Bald trat ein papulöses Syphilid u. s. w. auf.

Der Verf. erwähnt in einigen Zeilen cursorisch bei Gelegenheit der Erörterung, dass er das Lymphgefässsystem nicht für den ausschliesslichen Fortpflanzer des Virus halte, er habe 5 Tage nach dem Auftreten der Entzündung an der Stelle des Ulcus das Blut seines Patienten (damit ist wohl der 3. Fall gemeint. A.) mit der Decimalspritze von Mathieu auf ein gesundes Individuum inoculirt und nach 3 Monaten Hauteruptionen einer acuten Syphilis beobachtet. (So oberflächliche Berichte wie dieser verdienen Würdigung weder von der einen noch von der anderen Seite. A.)



Spillmann in Nancy (3) hat 8 Excisionen von Schankern vorgenommen: 1. Erbsengrosse Sklerose auf dem Dorsum penis nahe der Eichelfurche. Excision 18 Tage nach dem Auftreten. Keine Leistendrüsenschwellung. Operation mit dem Bistouri, Silberfäden-Naht. Heilung per primam int., ein Jahr später keine Erscheinungen von Syphilis.

2. Kirschkerngrosse Sklerose in der Furche links nahe dem Frenulum. Keine Leistendrüsen. Excision 10 Tage nach dem Auftreten. Suppuration der Wunde. Keine Syphilis.

3. Excision eines indurirten Geschwürs von 20 Ctm. Grösse am inneren Vorhautblatte 8 Tage nach dem Auftreten. Leistendrüsen rechts geschwollen. Verhärtung der Narbe, dann ein Syphilid. Heilung durch specifische Behandlung. Nach 3 Monaten noch keine Syphilis-Symptome.

4. Excision am 31. März 1881, 10 Tage nach dem Auftreten eines Schankers in der Eichelfurche von 20 Ctm. Grösse. Linksseitige Leistendrüsenschwellung. Die ganze Eichel entzündet, mit Erosionen besetzt. (Balano-posthitis. [Verf.] ? Ref.)

Am 30. April auf der Eichel eine blassrothe Geschwulst, welche sich über die Eichelfurche in der Excisionsnarbe ausdehnt. Am 25. Mai Roseola und Erosionen am Pharynx und ad anum. Seit 8. Juli keine syphilitischen Erscheinungen mehr.

5. Induration in der Grösse eines 50 Ctm.-Stückes auf dem Rücken der Vorhaut nahe der Furche. Beiderseitige Leistendrüsen. Excision 9 Tage nach dem Auftreten. Verhärtung der Narbe. Roseola und Mundsyphilis.

6. Excision 8 Tage nach dem Auftreten einer erbsengrossen Induration. Leistendrüsen geschwollen. 4 Wochen nach der Excision Roseola. Mundschwellung.

7. Excision zweier harter linsengrosser Schanker bei einem Mädchen, welche an der linken Schamlippe und auf dem Schenkel derselben Seite nahe der Schenkelbeuge sassen. Die Schanker waren erst 14 Tage nach ihrer Aufnahme ins Spital wegen eines Barthol. Abscesses (zugleich mit ihrer Schwester, welche am Collum uteri eine Ulceration hatte) sichtbar und Tags darauf excidirt worden. Leichte Leistendrüsenschwellung. Induration der Narben. Schwere Syphilis.

8. Excision eines harten Schankers von 50 Ctm. Grösse nahe der Eichelfurche, 9 Tage nach dem Auftreten. Adenopathie. Induration



der Narbe. Schwere Syphilis. — Aus diesen Fällen zieht der Verf. folgende Schlussfolgerungen, welche wir wörtlich übersetzen:

1. Selbst in jenen Fällen, wo die Excision von Erfolg begleitet scheint, hat man kein Recht zu behaupten, dass die Operation eine sichere abortive Wirkung gehabt habe. Man hat in der That Fälle beobachtet, wo Schanker von offenbar inficirendem Aussehen (! A.) nicht von secundären Erscheinungen gefolgt waren. (Vergl. Ricord, Lettres sur la Syphilis, pag. 262: „C'est que, mon cher ami, quand il y a chancre induré, il y a forcément vérole constitutionelle". Ref.)

2. Die Excision an sich ist keine gefährliche Operation, wenn ein geeigneter antiseptischer Verband angewendet wird. (Auch ohne Antisepsis nicht.) Die Vernarbung der Wunde vollzieht sich immer (keineswegs. Ref.) rasch per primam int. und ohne Beschwerde.

3. Dagegen verursacht der Sitz der Läsion bisweilen Schwierigkeiten. Es gibt in der That zahlreiche Schanker, welche man nicht ohne Verstümmelung der Organe, auf denen sie sitzen, und ohne Verletzungen von ernsterer Tragweite excidiren kann.

4. Die Entwicklung der Syphilis (Drüsentumor, secundäre Erscheinungen u. s. w.) scheint in keiner Beziehung durch die Excision beeinflusst zu werden.

5. Man hat behauptet, dass die Syphilis durch die Excision gemildert werde .... Man weiss aber nicht, wie sich dieselbe bei dem nicht operirten Kranken gestaltet hätte; überdies zeigt die Beobachtung unserer Kranken, dass die Excision, selbst unter den günstigsten Bedingungen ausgeführt, nicht vor einer schweren Syphilis schützt.

6. Jedenfalls müsste die Operation, selbst zugegeben, dass sie die Entwicklung der Syphilis verhindern oder mildern könnte, vom Beginn der Erscheinungen und vor jeder „ganglionären Fortpflanzung" ausgeführt werden (? A.), weil sonst Verhärtung der Narbe und die charakteristische Lymphdrüsenschwellung sofort auftreten würde (? A.), welche als sichere Zeichen des Misserfolges der Operation betrachtet werden können.

7. Resumé: Die Excision verhindert in der grossen Mehrzahl der Fälle die Syphilis nicht sich zu generalisiren, selbst wenn sie unter den günstigsten Bedingungen ausgeführt worden ist und schützt die Kranken nicht vor hartnäckigen und langdauernden Zufällen, welche man hätte vermeiden können (!? A.), wenn die Kranken gleich im Beginn der Infection einer geeigneten specifischen Behandlung unterzogen

worden wären. — (Ob der vom Verf. geschilderte und oben in Kürze wiedergegebene Verlauf seiner Fälle wirklich mit den von ihm gezogenen Schlussfolgerungen übereinstimmt, überlassen wir dem Urtheil der Leser. A.)

Haslund gibt (4) eine historische und kritische Darstellung der Excisionsfrage von de Vigo (1508) an, der zuerst die chirurgische Behandlung des Schankers empfahl, bis zur letzten Zeit, wo Auspitz dieselbe wieder aufnahm und zu ihrer Erörterung anregte. Er zeigt, wie die Auffassung der verschiedenen Schulen und der verschiedenen Zeiten von der ganzen Pathogenese und Pathologie der Syphilis ihre Wirkung auf die Frage geübt; er kritisirt scharf die Dualitätslehre unserer Zeit, welche den indurirten Schanker als das erste Symptom der vollständigen Infection des Organismus aufstellt, und er zeigt, wie die Unitätslehre weit mehr unseren Begriffen von der Infection im Allgemeinen entspricht, und wie sie im Ganzen eine Auffassung der Verhältnisse ist, die viel einfacher und natürlicher, man möchte sagen, viel logischer als jene ist.

Der Verfasser theilt mit, was an Excisionen der Initialsklerose die letzten Jahre aufzuweisen haben, und die Resultate derselben; er zeigt, wie mehrere dieser Excisionen in keineswegs passenden Fällen ausgeführt worden sind, wie die Berichte darüber in vielen Fällen gar zu kurz und mangelhaft sind, dass mehrmals Aufschlüsse über die Operationsmethode fehlen, und dass die Beobachtungszeit in vielen Fällen zu kurz gewesen.

Er erwähnt ganz kurz, dass er 4 Excisionen ausgeführt hat, behält sich aber vor, später nähere Mittheilungen über dieselben zu geben, weil bis jetzt keine hinreichende Zeit vergangen ist, um das Resultat als gesichert anzusehen. Rücksichtlich der Ausführung der Operation selbst urgirt er, dass das, worauf es ankommt, der höchste Grad von Reinlichkeit sowohl vor als nach der Operation sei, und dass man so weit vom Rande der Wunde operire, dass man hoffen darf im gesunden Gewebe zu sein; übrigens empfiehlt er die grösstmögliche Ruhe des operirten Gliedes, welche er erreicht, indem er den Penis an die Unterleibswand befestigt.

Der Verfasser meint, man müsse mit der Zeit so weit kommen, dass man jeden Schanker excidire, dessen Sitz es erlaube, und dessen Alter nicht ein solches sei, dass eine schon eingetretene In-

fection des ganzen Organismus zu besorgen wäre. — Es sei doch in der That eine völlig rationelle chirurgische Verfahrungsweise, dahin zu streben, durch Exstirpation ein inficirtes Ulcus in ein reines Vulnus zu verwandeln, dessen Ränder man suturiren kann und dessen Heilung man per primam intentionem vollführt hoffen darf. Was den weichen Schanker betrifft, werde man durch die Operation erreichen, dass der Verlauf der Krankheit beträchtlich verkürzt wird, indem ein solcher Schanker, sich selbst überlassen oder auf eine der gewöhnlichen Weisen behandelt, bekanntlich in der Regel einen Zeitraum von 6 Wochen bis zur Heilung erfordert, und rücksichtlich des harten Schankers werde man möglicherweise in Fällen die Infection des ganzen Organismus verhindern und das Individuum vor einem constitutionellen Leiden von nicht zu berechnender Dauer und unabsehbaren Folgen schützen können.

5. **Güntz.** Ueber die Dauer des Incubationsstadiums der constitutionellen Syphilis und über einige Fälle von ungewöhnlich spätem Auftreten der Erscheinungen dieser Krankheit. (Memorabilien XXVI. 7. p. 385. 1881.)
6. **Celso Pellizari.** Syphilitische Reinfection bei einem Ehepaar. (Lo Sperimentale. März 1882.)
7. **Petrowsky.** Zur Frage über den Einfluss acuter fieberhafter Processe auf die Syphilis. (Wratsch 1881. Nr. 22. — Centralbl. f. Chir. Nr. 49. 1881.)
8. **v. Langenbeck.** Ueber Gummigeschwülste (Granulome, Syphilome). (Archiv für klin. Chirurgie. Bd. XXVI. Heft 2. 1881. — Centralbl. für Chirurgie. 1881.)
9. **Bergh.** Fall von syphilitischer Nagelaffection. (Hosp.-Tidende 2. R. VII. 46. 47. 1880. — Schmidt's Jahrbücher Nr. 1. 1881.)

Güntz berichtet (5) über Fälle von Syphilis, in denen das Auftreten der constitutionellen Erscheinungen ungewöhnlich spät nach der Ansteckung erfolgte, in denen also das Incubationsstadium ein ungewöhnlich langes war.

In diesen Fällen war allerdings eine ganz geringfügige specifische Behandlung vorausgegangen, auf deren Wirkung man den späteren Ausbruch der Syphilis vielleicht beziehen kann, indessen ist hierbei



zu erwähnen, dass diese Behandlung nur unbedeutend war, erst vom 60. und 56. Tage begonnen, im 2. Falle sehr bald wieder ausgesetzt wurde und im 3. Falle erst am 96. Tage begann, als der gewöhnliche Zeitpunkt des Ausbruchs der Syphilis schon überschritten war. Der Verf. stellt nun die Incubationsdauer bei 24 eigenen und 50 aus der Literatur zugänglichen Fällen zusammen und findet, dass der Ausbruch in annähernd $^1/_3$ aller Fälle nach dem 72. Tage, in annähernd $^1/_5$ aller Fälle vom 73. bis 100. Tage und in annähernd $^1/_9$ aller Fälle nach dem 100. Tage erfolgte. Verhältnissmässig häufig bricht die Syphilis, wie sich aus der Zusammenstellung dieser 74 Fälle ergibt, vom 70. bis 72. Tage nach der Ansteckung aus, vom 73. bis 80. Tage trat die Syphilis noch immer verhältnissmässig häufig, jedoch der vorhergehenden Periode gegenüber schon auffällig seltener auf.

Als kürzeste Zeit, binnen welcher Syphilis nach der Ansteckung erfolgte, sind 12 Tage anzunehmen. Die längste zwischen Ansteckung und Ausbruch der Symptome verflossene Zeit ist in einem Falle am 159. Tage erfolgt. (Rinecker.)

Ein deutlicher Fall von syphilitischer Reinfection bietet, obwohl die Mehrzahl der Syphilidologen die Möglichkeit derselben bereits annimmt, dennoch ein grosses Interesse. Die Wichtigkeit der von Pellizari (6) mitgetheilten Krankengeschichte ist um so grösser, als es sich nicht um ein einzelnes Individuum handelt, sondern um einen Mann, der im Zeitraume von 10 Jahren zweimal Syphilis acquirirte und dieselbe zweimal seiner Frau mittheilte. Im Jahre 1870 zum ersten Male mit einer Sklerose behaftet, hielt er sich anfangs von seiner Frau fern und schwängerte sie erst zu einer Zeit, als keine sichtbaren Erscheinungen mehr bei ihm zu constatiren waren. Im 4. Monate der Schwangerschaft traten bei der Frau ohne vorangegangene Primär-Affectionen Papeln an den Genitalien und später andere allgemeine Syphilis-Erscheinungen auf. Es handelte sich also um eine sogenannte „Syphilis durch Empfängniss“. Nach Ablauf der normalen Schwangerschaftsperiode gebar die Frau ein syphilitisches Kind. Der Mann hat niemals eine allgemeine antisyphilitische Behandlung durchgemacht, wohl aber wiederholt die Frau, und trotzdem sie immer mit der grössten Sorgfalt antisyphilitisch behandelt wurde, traten dennoch mehrere Male Recidiven in den verschiedensten Systemen



bei ihr auf. Im Jahre 1880 acquirirte der Mann abermals eine hartnäckige Sklerose, die jedoch, wie das erste Mal, nur von sehr leichten allgemeinen Erscheinungen (schwaches maculöses Syphilid) begleitet war. Diesmal inficirte er seine Frau direct und P. constatirte bei ihr einen exulcerirten Pergamentschanker zwischen kleiner und grosser rechter Schamlippe, dem auch diesmal sehr heftige allgemeine Erscheinungen folgten. Bei Beiden wurde nun mit Erfolg eine antisyphilitische Behandlung durchgeführt. Verf. gelangt zu folgenden Schlusssätzen: 1. Der Mann hat, obwohl er niemals eine antisyphilitische Behandlung durchgemacht hatte, nach 10 Jahren ein zweites Mal Syphilis acquirirt. 2. Die Frau konnte während dieser Zeit zweimal von ihrem Manne inficirt werden, trotzdem sie fortwährend antisyphilitisch behandelt wurde. 3. Es hatte also weder die antisyphilitische Behandlung, noch der Mangel einer solchen irgend welchen Einfluss auf die Empfänglichkeit für die Syphilis, trotzdem beide Eheleute in gleichem Alter und von gleich kräftiger Constitution waren und dieselbe Lebensweise führten. Schiff.

Petrowski konnte (7) unter 496 Fällen dreimal vollständige Heilung ausgesprochener allgemeiner Syphilis durch intercurrente fieberhafte Krankheiten beobachten.

1. Fall. Kräftig gebauter, 30jähriger Mann, war krank bereits $^1/_2$ Jahr vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus. Beim Eintritt ins Hospital: syphilitische Induration des ganzen Präputiums, oberflächliche Excoriation desselben, Balanitis, flache Condylome, Plaques muqueuses, papulöses Syphilid, syphilitische Knoten von Erbsengrösse in der Haut, von denen der eine bereits in Eiterung übergegangen. Quecksilberbehandlung von $1^1/_2$ Monaten brachte nur wenig Veränderung, nur die Induration des Präputiums wurde ein wenig weicher und die Syphiliden auf dem Scrotum ein wenig trockener. Darauf erkrankte Pat. schwer an den Pocken, die er nur in Folge seiner kräftigen Constitution überstand. Nach Abfall der Pockenkrusten waren auch keine Spuren der Syphilis mehr zu entdecken. Pat. blieb auch ferner mehrere Jahre hindurch in der Beobachtung des Verf.'s, die Syphilis zeigte sich nicht mehr.

2. Fall. 27jähriger, gutgebauter Soldat. Vor einem Jahre hatte Pat. an Syphiliden der Haut und Schleimhäute, Geschwüren im Rachen und Verhärtungen vieler Halsdrüsen gelitten und war mit Quecksilber



behandelt worden. Am hartnäckigsten bestand am rechten Unterkieferwinkel ein harter Knoten von etwas über Erbsengrösse, der für eine infiltrirte Drüse gehalten wurde. Pat. verliess das Hospital und litt inzwischen nur an nächtlichen Knochenschmerzen. Aus jenem Knoten hatte sich allmählich eine mit der äusseren Haut verwachsene, weiche Geschwulst von Wallnussgrösse, ein Gumma, gebildet. Pat. kam nach Verlauf eines Jahres ins Krankenhaus und machte hier eine schwere Form von Abdominaltyphus durch, der auch allein bei der Behandlung in Angriff genommen wurde. Gegen das Ende der Krankheit öffnete sich das Gumma spontan, und es ergoss sich eine braune, klebrige, halbflüssige Masse, darauf Heilung. Auch dieser Kranke zeigte bei jahrelanger Beobachtung keine Symptome von Syphilis mehr.

3. Fall. 23jähriger, kräftig gebauter Soldat, kam ins Hospital wegen eines Erysipels im Gesicht. Gleichzeitig fand sich eine oberflächliche Wunde am Penis, Geschwulst der Inguinal- und Halsdrüsen, erythematöse Röthe im Rachen, flache Condylome am weichen Gaumen und im Rachen. Das Erysipel dauerte 14 Tage mit heftigem Fieber. Ohne dass eine Quecksilberbehandlung stattgefunden, waren gleichzeitig auch alle syphilitischen Erscheinungen geschwunden und kehrten auch später (auch dieser Kranke blieb mehrere Jahre in Beobachtung) nicht mehr wieder.

v. Langenbeck handelt (8) über die syphilitischen Geschwülste, wie sie theils als abgegrenzte Geschwülste, theils als diffuse Infiltration auftreten. Der Gebrauch des Jodkali und nicht eingreifender Inunctionskuren (1—2 Grm. Ung. Hydr. cin. Abends eingerieben) bewirken oft sehr schnelle Abnahme der Geschwülste und Verschwinden der Schmerzen. Diese Kur ist bei der Wahrscheinlichkeit einer Gummigeschwulst 8—14 Tage zu versuchen.

Als besonders bemerkenswerth theilt v. L. eingehender folgende Fälle mit: Fall 1. 25 Jahre alter Mann, mit der Diagnose eines Lipoms der linken Scapula in die Klinik geschickt; nach einem Stoss vor 5 Monaten entstandene Geschwulst, undeutlich gelappt, nimmt die Fossa infraspinata ein, Haut an drei Stellen durchbrochen. — Heilung durch Inunctionskur. — Fall 2. Eine haselnussgrosse Geschwulst im Biceps bei einem 36jährigen Manne verschwand nach Gebrauch von im Ganzen 50 Grm. Jodkali.

Von gummösen Geschwülsten der Zunge führt v. L. (Fall 3)



einen isolirten Knoten in der Zunge eines 50 Jahre alten Mannes an, welcher in 5 Wochen durch Jodkali und Inunctionskur verschwand. — Der folgende Fall 4 ist ganz besonders interessant, indem sich bei einem 48 Jahre alten Manne eine gummöse Infiltration der Zunge mit einem sublingualen Carcinom combinirte. Die Zungenaffection und eine gleichzeitig bestehende Hautaffection heilten durch die angegebene Kur in drei Wochen. Das Carcinom, welches durch mikroskopische Untersuchung eines herausgeschnittenen Stückes diagnostisch festgestellt war, wuchs weiter. — Die eigentliche Veranlassung der Mittheilung bilden die Beobachtungen von Gummigeschwülsten der Blutgefässe. Nach kurzer Erwähnung der einschlägigen Arbeiten von Virchow, Baumgarten, Zeissl u. s. w. theilt v. L. einen Fall (5) von Gummigeschwulst im Bereiche der Art. brachialis bei einer 28jährigen Frau mit, an der Innenseite des Oberarms gelegen und zuerst für ein Neurom gehalten. Durch Inunctionen und Jodkali wurde vollkommene Heilung erreicht. — In dem folgenden 6. Falle handelte es sich um eine grosse Gummigeschwulst der rechten Halsseite bei einer 53jährigen Frau, welche für eine bösartige Geschwulst gehalten wurde. Sie wurde nach Lösung zahlreicher Verwachsungen, welche alle mit dem Messer getrennt werden mussten, und mit einem grossen Stück der anliegenden V. jugularis communis exstirpirt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass sie aus Granulationsgewebe bestand. Da bei der Pat. auch später eine Reihe syphilitischer Erscheinungen auftraten, ist an der Richtigkeit der Diagnose auf Gumma nicht zu zweifeln.

Als 7. Fall theilt Verf. eine Gummigeschwulst von Faustgrösse in der rechten Schenkelbeuge einer 42jährigen Frau mit. Der Tumor, für eine bösartige Geschwulst gehalten, konnte wegen Verwachsungen, welche die Exstirpation der Vene und Arterie mit Einschluss der Art. profunda fem. nöthig gemacht hätten, nicht ganz exstirpirt werden. Pat. starb 23 Tage nach der Operation an Pyämie. Die Geschwulst bestand aus Granulationsgewebe. Ausser dem mikroskopischen Befund, welcher für Syphilom sprach, fanden sich noch, diese Diagnose bestätigend, eine strahlige Narbe in der Vagina, amyloide Degeneration der Nieren und glatte Atrophie des Zungengrundes.

Im Commune-Hospital zu Kopenhagen sind nach Bergh (9) in den 11 Jahren von 1864—1874 unter 6047 Fällen von Syphilis



nur 6 Fälle von Nagelsyphilis vorgekommen, im allgemeinen Hospital befand sich unter den in den Jahren 1858 und 1859 behandelten 369 syphilitischen Männern nicht einer mit Onychie. Während des 15jährigen Bestehens der Abtheilung für Prostituirte im allgemeinen Hospitale sind wohl einzelne Male an Syphilitischen Zeichen von Ernährungsstörungen an den Nägeln der Hände und Füsse beobachtet worden und an den Händen öfters besonders starke Entwicklung weisser Flecke (Flores unguium) an den Nägeln, aber nie so, dass diese Veränderungen unzweifelhaft mit der Syphilis in Zusammenhang gebracht werden könnten. Unter den seit 1866 in der Frauenabtheilung des allgemeinen Hospitals behandelten 745 Fällen von Syphilis ist der mitgetheilte Fall der einzige von wirklichem und bedeutenderem syphilitischen Nagelleiden.

Die 21 J. alte Kr., die nie scrofulös gewesen war und früher nur leichte locale Genitalaffectionen gehabt hatte, wurde am 22. April 1879 mit einer von einem Stoss herrührenden starken Contusion in der rechten Regio hypoglutaea aufgenommen. Gleichzeitig fanden sich Indurationen an den grossen und kleinen Schamlippen und Drüsenschwellungen in beiden Leistengegenden, besonders links. Die Drüsengeschwülste nahmen zu, die Indurationen ebenfalls, sie excoriirten. Prodromalerscheinungen der allgemeinen Infection stellten sich ein, so dass die Inunctionskur eingeleitet wurde, durch welche die Erscheinungen allmälig verschwanden.

Anfang August entstand ohne jede andere Eruption und ohne äussere Veranlassung eine Entzündung unter dem Nagel am linken Daumen, am Ulnarrande beginnend und sich bis gegen die Mitte hin ausbreitend. Ungefähr gleichzeitig trat eine gleiche Onychie an der linken grossen Zehe auf, deren Nagel nach 14 Tagen sich ablöste und abgetragen wurde. An der rechten Hand wurde der Nagel des kleinen Fingers ergriffen und fiel nach einigen Wochen ab, später wurde der Nagel am linken Mittelfinger in gleicher Weise ergriffen und nach und nach auch andere Nägel, an der linken mittleren Zehe, am rechten Daumen, am linken Ringfinger, und dann an den übrigen Fingern und Zehen. Neue Prodromalerscheinungen mit Geschwulst der hinteren Nackendrüsen und der Glandulae mastoideae zeigten sich, an der behaarten Kopfhaut Borken mit Ausfallen der Haare, an mehreren Körperstellen papulöse Efflorescenzen und Syphilides corneae. Die syphilitischen Erscheinungen gingen nach Anwendung von sub-

cutanen Sublimatinjectionen rasch zurück. Mitte October waren die Nägel aller Finger theils spontan abgestossen, theils abgetragen, zum Theil mit Hinterlassung von Suppuration. Ende des Monats waren die syphilitischen Erscheinungen beseitigt.

Die Entzündung begann bei den verschiedenen Nägeln an verschiedenen Stellen, entweder vom rechten oder linken Rande oder von der Wurzel oder der Spitze aus, die Nägel wurden entweder ganz oder nur theilweise abgestossen. Am stärksten war die Entzündung an dem zuerst ergriffenen linken Daumen, wo bedeutende Geschwulst des ganzen Nagelbettes bestand und bei Punction an der Spitze Eiter ausfloss. Am rechten Fusse bestand die Ernährungsstörung nur darin, dass die Nägel eigenthümlich glanzlos und der Länge nach gestreift wurden und sich vorn bis zur Hälfte oder zum dritten Theile von der Matrix ablösten; an der grossen Zehe zeigte der Nagel auch ungewöhnlich starke quere Furchen. An der grossen Zehe des linken Fusses begann die Entzündung am Ende der Zehe und löste allmälig den ganzen Nagel ab, nach dessen Entfernung sich Nagelfalz und Nagelbett geschwollen und theilweise ulcerirt zeigten und bedeckt mit bisweilen blutige Beimischung zeigendem Eiter. Die Nägel der übrigen Zehen waren ähnlich erkrankt wie die am rechten Fusse. Bei der Entlassung (am 26. April 1880) waren die Nägel wieder gebildet, aber ziemlich glanzlos, mit undeutlicher Lunula, der Länge nach gerieft, mit Einkerbungen und sonstigen Deformationen. Am Daumen der linken Hand war die vordere Hälfte des Nagelbettes atrophisch, anscheinend nur von der Länge nach gestreifter Epidermis von geringer Dicke überzogen, der Wurzeltheil eines Nagels war vorhanden, war aber dünn am Rande und ging unmittelbar in den fast normalen Theil am Radialrande über, der bis zur Fingerspitze vorreichte. Am Nagel der linken grossen Zehe hatte der Ulcerationsprocess aufgehört, die Anheftungsfläche des Nagels, besonders das Nagelbett, verhielt sich ungefähr so wie am linken Daumen, an der linken mittleren Zehe war die vordere Hälfte des Nagelbettes atrophirt, an der kleinen und der vorletzten Zehe sah man keine Spur von Regeneration der Nägel, das Nagelbett schien nur bekleidet von einer nicht ganz ebenen, glanzlosen Epidermis.

Nach vollkommener Heilung fanden sich an der rechten Hand die Nägel vollkommen regenerirt, aber matter in Farbe und Glanz, ohne deutliche Lunula, der Nagel am Zeigefinger war am Radialrand

im vorderen Drittel abgelöst. Am linken Daumen zeigte der im Ganzen verdickte, an der Spitze aber verdünnte Nagel concentrische Wachsthumsstreifen sowie schwächere Längsstreifung und hing nur am Lunulatheile und am hinteren Drittel des Ulnarrandes mit seiner Unterlage zusammen; der atrophische Theil des Nagelbettes hatte sich mit einer festeren Oberhaut bedeckt. Der Nagel am Zeigefinger war verdickt, der am Mittelfinger verdünnt, mit schwacher Längsstreifung, alle hatten undeutliche Lunulae. An der rechten grossen Zehe fand sich der Nagel am Tibialrande in der vorderen Hälfte abgelöst, vorn mit noch starker concentrischer Streifung, die anderen Nägel am rechten Fusse zeigten sich zum Theil streckenweise abgelöst, zum Theil verdickt, in falscher Richtung stehend oder mit starker Querstreifung, an der kleinen Zehe war nur ein unregelmässiges Rudiment von einem Nagel vorhanden. Das atrophische und stark eingesunkene Nagelbett an der linken grossen Zehe war von einer unregelmässigen, unebenen, hornartigen Masse bedeckt, als Rest des eigentlichen Nagels zeigte sich ein flacher, über die Hornmasse ragender Kamm am vorderen Theile der ganz verwischten Lunula; ähnlich war der Befund an der linken mittleren Zehe, an den übrigen Zehen war das Verhalten ähnlich wie am rechten Fusse.

Der mitgetheilte Fall bietet besonders dadurch Interesse, dass verschiedene Formen (trockene und suppurative) von Nagelleiden gleichzeitig an verschiedenen Fingern derselben Person vorhanden waren.

Das syphilitische Nagelleiden, richtiger die Affection der Matrix des Nagels, das im Ganzen zu den früheren Formen der Syphiliden gehört, tritt nach dem Verf. in seiner mildesten Form als durch Congestion oder ganz leichte und oberflächliche Entzündung der Matrix von nur ganz kurzer Dauer hervorgerufene Ernährungsstörung des Nagels auf; eine verwandte und ebenso leichte Form zeigt sich im Abfallen des Nagels fast ohne vorhergegangene Entzündungserscheinungen. Diese letztere Form scheint mit dem Ausfallen der Haare bei der Syphilis analog zu sein und auf acut auftretenden Ernährungsstörungen in den Mutterzellen des Nagels zu beruhen. Diese Form zeigte sich in dem vorliegenden Falle am kleinen Finger der rechten Hand, am Mittelfinger der linken Hand und der linken Mittelzehe.

Die von Entzündungen in der Pulpa oder der Anheftungsfläche des Nagels abhängige suppurative Form trat besonders am linken Zeigefinger, und zwar als unmittelbar entstandene syphilitische Entzün-



dung in der Matrix auf. Die Regeneration geschah bei verschiedenen Nägeln vollständig im Laufe von 4 bis 5 Monaten, doch hatte der neugebildete Nagel meist nicht den normalen Glanz und die Lunula fehlte oder war unvollständig, später näherten sie sich indessen meist der Norm immer mehr. Nur da, wo das Nagelleiden einen mehr acuten ulcerativen Charakter gehabt hatte, schien die Structur des Nagelbettes vernichtet und die Regeneration blieb nur unvollkommen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich in den Nägeln, Nagelresten und in der neu gebildeten, das Nagelbett deckenden hornartigen Masse die gewöhnlichen rundlichen, fein granulirten, wandständigen oder mehr centralen Kerne von meist ungefähr 0·005 Länge und Breite, aber die Zellen waren im Allgemeinen nicht ganz normal von Aussehen und Grösse.

10. Langreuter. Ueber syphilitische Pharynxstricturen. (D. Arch. f. klin. Med. XXVII. 3. u. 4. p. 322. 1880.)

11. Smith und Walsham. Derselbe Gegenstand. (Med. Times and Gaz. 24. April 1880.)

12. Gouguenheim. Ueber die secundäre syphilitische Laryngitis. (Paris, G. Masson, 1881. — Ctbl. f. Chir. Nr. 14. 1881.)

13. Mackenzie. Selbstständige Syphilis im mittleren Drittel der Trachea. (Wiener med. Jahrb. Nr. 1. 1881.)

14. Duplay u. Netter. Zwei Fälle von syphilitischer Myitis. (Arch. gén. 7. S. V. p. 218. August 1880. — Schmidt's Jahrb. Nr. 12. 1880.)

15. Mraček. Arthromeningitis (Synovitis) syphilitica in der secundären Periode der Syphilis. (Wiener med. Presse Nr. 1, 2, 3, 4 und 5. 1882.)

16. Ehrlich. Ueber syphilitische Herzinfarcte. (Ztschr. f. klin. Med. I. 2. p. 378. 1879.)

17. Mayer. Ueber heilbare Formen chronischer Herzleiden, einschliesslich der Syphilis des Herzens. (Vortrag, geh. im Vereine der Aerzte in Aachen. 1881. — Sep.-Abdr.)

Langreuter beschreibt (10) folgenden Fall von syph. Strictur des Pharynx aus Oertel's Klinik: Der 29 Jahre alte Kr. zog sich im Jahre 1872 ein hartes Geschwür zu; einige Monate darauf trat Acne und ein Exanthem an den Händen auf, das indessen noch nicht

als zweifellos syphilitisch zu betrachten war; 5 Wochen nach dem ersten Auftreten der Bläschen waren Schmerzen beim Schlucken aufgetreten, welche nie ganz schwanden und besonders 1874 heftig wurden. Die von Geschwüren im Rachen herrührenden Schlingbeschwerden wurden immer quälender; die Uvula ging nach und nach durch Verschwärung zu Grunde. Im Jahre 1875 konnte Pat. wegen Schmerzhaftigkeit der wunden Stellen nur breiige und flüssige Nahrung zu sich nehmen. Seit dieser Zeit begannen Athembeschwerden. Im April 1875 wurde die erste antisyphilitische Behandlung (Einreibungskur mit grauer Salbe) vorgenommen. Nach 3 Einreibungen heilten die Geschwüre so weit, dass der 12 Wochen lang bettlägerige Kranke, entschieden gebessert, wieder seinen Geschäften nachgehen konnte. Diese Kur wurde mit Unterbrechungen fortgesetzt und es trat ein 2 Jahre lang währender, relativ guter Zustand ein. Im Sommer des Jahres 1878 fingen wieder Schlingbeschwerden an, welche allmälig ausserordentlich heftig wurden; dieselben wurden durch Narbenretractionen bedingt. Der Kranke kam mehr und mehr herab und wurde in einem elenden Zustand am 6. October in das städtische Krankenhaus aufgenommen. Wegen dringender Lebensgefahr in Folge der Stenose der Luftwege wurde die Tracheotomie gemacht. Die Operation verlief sehr günstig; der Kranke erholte sich rasch, wurde mit liegenbleibender Canüle, unter ärztlicher Controle bleibend, am 7. Nov. aus dem Krankenhause entlassen. Die Nahrung war kräftig, konnte aber nur aus breiigen und flüssigen Speisen bestehen.

Mitte Jänner 1879 wurde der Kranke in die laryngoskopische Klinik des Prof. Oertel aufgenommen. Der ganze hintere Theil des Rachens stellte ein festes Narbengewebe dar, welches grau-röthlich gefärbt, nach oben das Cavum pharyngo-nasale, nach unten das Cavum pharyngo-laryngeum überbrückte und stellenweise sehnige Stränge erkennen liess. Die obere wie die untere Membran war straff gespannt, die untere zog die Zungenwurzel nach hinten. Der Nasenrachenraum war bis auf eine gerade nach oben führende Spalte, 3 Mmtr. breit und 6 Mmtr. lang, abgeschlossen. Das Narbengewebe ging in die Seitentheile des Rachens über, die Tonsillen und Gaumenbögen waren vollständig geschwunden. Hervortretende narbige Stränge gingen fast bogenförmig von der erwähnten Oeffnung und beinahe symmetrisch in die seitlichen Theile des Zungengrundes über. Das Cavum pharyngo-laryngeum war von einer grau-röthlichen Masse überbrückt, welche

quer vom Zungengrund zur hinteren Rachenwand hinüber ging. Als einzige Verbindung der Mundhöhle mit dem Respirations- und Digestionstractus bestand nur eine stecknadelkopfgrosse, von harten Narben umgebene Oeffnung. Die Narbenmasse war an dieser Stelle grubenartig vertieft. In die Ränder der Oeffnung gingen zwei von oben nach unten verlaufende Narbenstränge über. Ein Blick in den Larynx war in Folge dessen nicht möglich. Bei Schlingversuchen bewegte sich das ganze Narbengewebe so, dass sich die Rachenhöhle jedesmal verengte. Beim Einführen des Fingers wurden regelmässig, wie unter normalen Verhältnissen, Brechbewegungen veranlasst. Sowohl in die obere als auch in die untere Oeffnung vermochte man ungehindert die Sonde einzuführen. Die Athmung erfolgte ungehindert durch die Canüle; sowie man dieselbe schloss, geschah das Athmen nur unter den grössten Anstrengungen. Die Sprache war vollkommen aphonisch.

Es wurde nun mit einem geknöpften, gebogenen, ungedeckten Kehlkopfmesser die Dilatation der Oeffnung nach hinten vorgenommen. Das durchschnittene Narbengewebe war sehr hart, knirschte beim Schnitt; theilweise mussten sägende Bewegungen mit dem Messer gemacht werden; die Incision war schmerzhaft, die Blutung gering. Die entstandene Spalte war 10—12 Mm. lang und klaffte. Darauf wurden noch seitliche Incisionen gemacht. Alsbald nach dem Schnitt kehrte die Stimme wieder und nach Verheilung der Wunde konnte Patient Fleisch und andere feste Nahrung zu sich nehmen. Der Kehlkopf konnte nunmehr gesehen werden; er war vollkommen intact, die Epiglottis desgleichen. Leider traten mit neuen syphilitischen Geschwürsprocessen, die wiederholte Einreibungskuren nöthig machten, neue, eben so starke Stenosen ein. Am 17. und 24. Mai wurden erneute Incisionen vorgenommen, diesmal jedoch, um Verwachsung zu verhüten, ausgiebiger. Hierauf wurde eine zwar schmerzhafte, aber nützliche Bougiekur eingeleitet. Am 15. August war der Durchmesser der Oeffnung bereits 1·5 Ctm. gross. Die Bougie wurde täglich mehrmals ohne Schmerzen eingeführt. Pat. hielt seine Trachealcanüle dauernd verschlossen, athmete, ass und trank leicht durch die Rachenoperationsöffnung. Die Sprache war laut, hatte nur einen näselnden Ton. Mitte October konnte Pat. seinen Berufsgeschäften wieder nachgehen. Gänzliche Entfernung der Trachealcanüle war zur Zeit der Mittheilung in Aussicht genommen, sobald man vor dem Auftreten neuer Ulcerationsprocesse sicher sein konnte.



Eine 47 Jahre alte Frau war nach Smith und Walsham's Bericht (11) seit ihrem 26. Jahre syphilitisch, vor 10 Jahren hatte sie eine syphilitische Ulceration im Rachen gehabt, die durch antisyphilitische Behandlung heilte, aber wiederholt wiederkehrte. Seit 8 Monaten begann die Stimme sich zu verändern, die Bewegungen der Zunge wurden erschwert, seit 6 Monaten konnte die Kranke nichts Festes mehr schlucken, später traten auch Anfälle von Dyspnöe auf. Die Zunge konnte nicht vorgestreckt werden, der rechte hintere Gaumenpfeiler war nach hinten verzogen und adhärirte an der hinteren Rachenwand, das Zäpfchen und ein beträchtlicher Theil des weichen Gaumens fehlten. Bei der laryngoskopischen Untersuchung war es unmöglich, Epiglottis und Stimmbänder zu sehen, sondern nur im Grunde einer trichterförmigen Depression, die in der Ebene der Epiglottis, etwas nach links von der Mittellinie lag, eine kleine Oeffnung von ungefähr $^1/_8$ Zoll Durchmesser. Nach rechts zu bestand eine ähnliche, grössere Depression ohne Oeffnung, beide Depressionen waren durch ein narbiges Band von einander getrennt, das Eiter einschloss. Die erwähnte kleine Oeffnung auf der linken Seite war die einzige Communication, die zwischen der Rachenhöhle und dem Pharynx und Larynx bestand.

Wegen sich steigernder Erstickungsgefahr wurde am 1. November die Tracheotomie gemacht. Versuche, die Oeffnung in dem Narbengebilde mit Laminaria oder Pressschwamm zu erweitern, scheiterten daran, dass sie die Kranke nicht vertrug. Am 5. Dec. durchtrennte Walsham die beide Depressionen von einander scheidende Narbe theilweise mittelst des Ricord'schen Urethrotoms, am 8. wurde die Incision mittels Messers erweitert, wobei Lage und Richtung der Incision nach Möglichkeit so gelegt wurde, dass die Nahrungsmittel nicht in den Larynx kommen konnten. Darauf wurden wiederholt Versuche gemacht, die Oeffnung mittelst der Finger und der Oesophagussonde zu erweitern. Durch eine neue Incision am 12. Dec. wurden die Epiglottis, die Stimmbänder und die Aryknorpel sichtbar. Ende December, als die Kranke entlassen wurde, hatte die Oeffnung einen Durchmesser von ungefähr 1 Zoll und eine dicke Oesophagussonde konnte hindurch geführt werden. Nach $^3/_4$ Jahren, als G. Smith die Kranke untersuchte, zeigte die Oeffnung noch keine Neigung, sich wieder zu verengern.

Gouguenheim (12) erklärt secundäre Affectionen des Larynx für ausserordentlich häufige Symptome der Lues. Er fand



unter 275 syphilitischen Personen 109 einschlägige Fälle, also etwa $^{2}/_{5}$ aller Fälle. Meist beginnt das Uebel in den ersten sechs Monaten nach der Infection. Nur 10 Mal trat es später auf. Es kommen totale und partielle Larynxaffectionen zur Beobachtung. Häufig sind allgemeine Laryngitiden mit partiellen Hyperplasien verbunden, welche dann besonders die Epiglottis betreffen, seltener die Regio arytenoidea und die wahren Stimmbänder, am seltensten die falschen Stimmbänder. Bei den partiellen Laryngitiden ist die Frequenzscala etwa die nämliche. Plaques muqueuses, deren Existenz bekanntlich im Innern des Larynx von vielen Autoren negirt wird, sah Verf. häufig, besonders oft freilich auf der Epiglottis. Meist fanden sich zu gleicher Zeit neben Larynx-Lues Plaques muqueuses im Munde und Rachen, an Vulva und Anus, seltener nur Hautexantheme. Das Alter der meisten Pat. war ein jugendliches von 18—25 Jahren. Bei vorgeschrittenen Formen der Lues findet sich als intermediäres Symptom zwischen secundärer und tertiärer Larynx-Lues eine allgemeine Hyperplasie, welche enorme Dimensionen annehmen kann. In früheren Stadien finden sich am häufigsten Ulcerationen, meist in Gestalt von Erosionen, welche geschwellten Flächen oder seltener begrenzten Papeln aufsitzen. Meist hatten sie ihren Platz an der Epiglottis, und zwar an dem freien Rande derselben. Sie sehen unter Umständen sehr tief aus, weil die Ränder der darunter befindlichen Papel stark in die Höhe gewuchert sind. Die wahren Stimmbänder sind geröthet, häufiger noch cylindrisch geschwellt und auf ihrer Oberfläche gefleckt. Selten findet man kleine stecknadelkopfgrosse weissliche Erhabenheiten, die allenfalls für Plaques muqueuses gehalten werden könnten; bisweilen begegnet man Ulcerationen der Stimmbänder. Eine Störung der Phonation ist auffallend selten, und dies wohl der Grund, dass die Affection so häufig übersehen wird. Nur bei Affection der wahren Stimmbänder pflegt Heiserkeit einzutreten. Die Deglutition ist fast nie gestört.

Die Dauer des Leidens schwankt bei geeigneter Behandlung zwischen 2—8 Wochen, länger währt sie nur selten. Doch sind Recidive häufig, besonders bei zu kurzer Behandlung oder schlechter Hygiene. Die Prognose ist im Allgemeinen eine günstige, vorausgesetzt, dass der Process nicht schon zu bedeutender Hypertrophie geführt hat. Die Diagnose ist durch das fast stets gleichzeitige Vorkommen syphilitischer Schleimhaut- und Hautlues leicht. Die Behandlung muss gleichzeitig eine allgemeine und örtliche sein. Innerlich gibt Verf.



Sublimat zu 0,01 bis 0,05 oder Hydr. jod. flav. zu 0,025 bis 0,08 pro die, oder lässt Einreibungen machen. Bei den oben erwähnten schweren intermediären Formen sollen zweimal täglich 4 bis 5 g Ung. cin. verrieben werden.

Oertlich touchirt Verfasser die Epiglottis mit dem Lapisstift oder einer 10%igen Lapislösung. Im Innern des Larynx benutzt er eine 4 oder 5%ige Lösung desselben Mittels.

Die Syphilis der Trachea ist nach Mackenzie (13) zwar nicht absolut selten, wohl aber gegenüber der Syphilis des Larynx, also relativ, selten zu nennen. Es wird das durch alle darauf gerichteten statistischen Zusammenstellungen bewiesen, so auch durch Mackenzie in London (Diseases of the Throat), der unter 1145 Fällen von syphilitischer Erkrankung der Halsorgane überhaupt nur 8 Mal Syphilis der Trachea antraf.

Die Syphilis der Trachea ist in der grössten Zahl der Fälle eine von dem Larynx her fortgeleitete, indem Infiltrate, Geschwüre und Narben von dem Larynx auf die Trachea übergreifen und sich dann in der Trachea, mitunter sehr weit nach abwärts, ja bis in die Bronchien hinein verbreiten. Weit weniger häufig ist die selbstständige Syphilis der Trachea. Diese selbstständige Syphilis der Trachea findet sich gewöhnlich im unteren Drittel der letzteren und erstreckt sich von da nicht selten auch auf die Bronchien, welche übrigens auch für sich selbstständig an Syphilis erkranken können. Viel seltener wurde die selbstständige Syphilis im oberen Drittel der Trachea gefunden und sehr selten ist dieselbe noch anders localisirt, nämlich auf die ganze Trachea ausgebreitet oder ausschliesslich auf das mittlere Drittel der Trachea beschränkt. Von selbstständiger syphilitischer Erkrankung der ganzen Trachea liegen bis jetzt nur die Fälle von Zurhelle und Wilks vor. Von selbstständiger Syphilis im mittleren Drittel der Trachea konnte Vf. auch nur zwei Fälle beschrieben finden, nämlich einen Fall von Charnal (L'Union méd. 1859, Nr. 21) und einen Fall von Béger (D. Arch. f. klin. Med. 1879, p. 608).

Verf. theilt nun einen Fall mit, welcher einen 45jährigen Mann betraf, der im Rudolfspitale in Wien am 10. April 1881 obducirt wurde. Die Section des mittelgrossen, stark gebauten, ziemlich schlecht genährten, blassen Körpers ergab folgende Diagnose: „Pleuritis dextra. Pneumonia interstitialis et crouposa lobi superio-



ris dextri, Bronchitis, Tracheitis, Laryngitis et Pharyngitis catarrhalis. Pharyngitis submucosa suppurativa. Tuberculosis apicis pulmonis dextri et glandularum bronchialium. Cirrhosis hepatis. Tumor lienis chronicus. Morbus Brightii chronicus. Syphilis. (Cicatrices pharyngis, cicatrix tracheae, hyperostosis cranii et tibiae dextrae, cicatrices cutis, intumescentia et induratio glandularum lymphaticarum.)"

Bei der weiter vorgenommenen genaueren Untersuchung der Trachea zeigte sich, dass die angegebene Narbe die hintere Wand der Trachea genau in der Mitte ihrer Länge vom 5. bis 11. Knorpelring occupirte und eine Länge von 4 Ctm. und eine Breite von 1·5 Ctm. hatte. Ihre Form war eine exquisit strahlige, indem von der Mitte derselben nach allen Seiten hin, besonders jedoch nach auf- und abwärts Narbenstrahlen sich abzweigten. Bei der überwiegenden Ausbildung der nach auf- und abwärts verlaufenden Narbenstrahlen bekam die Narbe ein einer Weizengarbe nicht unähnliches Aussehen. Die in den peripheren Antheilen der Narbe zwischen den einzelnen Strahlen befindliche Schleimhaut, wie auch die in der Nachbarschaft der Narbe erschien geröthet und geschwellt und mit einzelnen Ecchymosen versehen. Epithel liess sich an der Oberfläche der Narbe, im Centrum derselben nicht nachweisen. Nach aussen durchsetzte die Narbe auch die Musculatur der Trachea. Eine deutliche Stenose der Trachea hatte die Narbe nicht erzeugt, wenn auch die von ihr betroffene Stelle der hinteren Trachealwand weniger leicht als die gesunden Partien gedehnt werden konnte. Die übrige innere Oberfläche der Trachea war ganz glatt und nirgends mit Narben versehen.

Duplay und Netter beschreiben (14) folgende Fälle von syphilitischen Muskelleiden:

1. Myitis des Musculus Sartorius.

F., Lederarbeiter, 69 Jahre alt, wurde am 16. Juni 1880 auf die Abtheilung von Duplay aufgenommen. Im Alter von 19 Jahren hatte er einen Tripper durchgemacht, jedoch niemals irgendwie an Syphilis gelitten; er ist Vater von 4 gesunden Kindern. Er suchte wegen eines unter der Haut verschiebbaren, wenig schmerzhaften Tumors am rechten Schenkel Hilfe im Hospital. Die kleine Geschwulst hatte sich seit ungefähr 4 Wochen spontan erbsengross zu entwickeln begonnen. Beim Gehen bemerkte Pat. Müdigkeit im



Beine. Bei der Aufnahme hatte die Geschwulst scheibenartige Gestalt, die Grösse von der Breite mehrerer Finger und die Dicke von zwei Fingern; sie war fast knorpelartig anzufühlen. Die Geschwulst sass unter der Aponeurose und hing mit dem Knochen nicht zusammen, während des Streckens und Beugens des Knies bewegte sich dieselbe hin und her.

Bei genauer Untersuchung wurden auf der Haut in der Sternalgegend Gruppen von tuberculös-syphilitischen Knötchen gefunden und es wurde ermittelt, dass seit 3 Jahren indolente Geschwulst der Hoden bestand. Unter diesen Umständen war die Diagnose einer tertiären Syphilis zweifellos und auch als Ursache des fraglichen Tumors Syphilis anzunehmen. Es wurden daher täglich 0,05 Grm. Protojoduret. hydrarg. und Jodkalium, von 0,5 rasch auf 3,0—4,0 Grm. steigend, verabreicht. Die Erscheinungen der Syphilis besserten sich schnell und der syphilitische Tumor nahm an Umfang ab. Am 8. Juli waren jedoch die Symptome der Krankheit noch nicht vollständig getilgt.

2. Syphilitische Myitis des Musculus Masseter und Sternocleidomastoideus.

C., Näherin, 27 J. alt (aufgenommen am 20. April 1880), befand sich bisher stets gesund und hatte früher ein noch jetzt lebendes Kind geboren. Sie versicherte, früher niemals syphilitisch gewesen zu sein; auch waren keine Spuren von secundärer Syphilis nachzuweisen. Vor 5 Monaten bemerkte sie zuerst in der linken Wange einen indolenten Tumor, welcher bei den Bewegungen des Kiefers störte, über der unteren Insertionsstelle des Masseter und vor dem Winkel des Kiefers seinen Sitz hatte, jedoch nicht über die Grenzen des Muskels hinausreichte. Bei der Untersuchung durch den Mund fühlte man nur eine Resistenz und Erhabenheit. Der Tumor erschien hart und fibrös; die Haut war über ihm verschiebbar, eben so wenig war er am Knochen angewachsen, vielmehr hin und her verschiebbar. Die verschiedenen Bewegungsversuche verursachten keine Schmerzen. Beim Kauen war jedoch Schwierigkeit vorhanden und seit einigen Tagen waren Neuralgien im Trigeminusgebiete bemerklich. In den letzten 14—18 Tagen hatte die Kranke noch eine mandelgrosse, weichere Geschwulst am Sternocleidomastoideus. Die bewegliche Geschwulst hing zusammen mit der Sehne des Muskels. Weitere Veränderungen am Körper der Kranken liessen sich nicht constatiren. Eine antisyphilitische Behandlung, wie im vorhergehenden Falle, beseitigte



die Geschwulst an der Backe, wirkte aber langsamer auf die Geschwulst am Sternum.

Mraček erinnert (15), dass die syphilitischen Gelenkserkrankungen den Aelteren schon bekannt waren, dass deren Kenntniss später in Vergessenheit gerathen ist und dass erst durch neuere Arbeiten die Arthropathien in der secundären Periode der Syphilis erwiesen sind.

Zur Bedeutung des seltener vorkommenden Leidens führt M. fünf Fälle an, bei denen nebst den gewöhnlichen secundären Syphilissymptomen die Synovitiden entweder in einem oder mehreren Gelenken aufgetreten sind und sich erst mit den übrigen Erscheinungen zurückgebildet haben. Am häufigsten erkranken die Knie und die Sprunggelenke. Die frühzeitige Betheiligung der Gelenke an dem Syphilisprocesse documentirt sich an den häufigen Arthralgien während der Eruptionsperiode und es bedarf dann nur eines leichten Reizes zur Entstehung einer Entzündung, welche sonst auf solche Insulte nicht vorzukommen pflegt. Früher krank gewesene Gelenke sind während der Syphilisinvasion als Puncta minoris resistentiae anzusehen. Die den Organismus schwächenden unzweckmässigen antisyphil. Kuren sowie vorzeitige Kaltwasserkuren sind für das Zustandekommen von frühzeitigen Synovitiden günstig. Nach der klinischen Beobachtung erkrankt selten die Synovialmembran allein, es betheiligen sich an der Gelenkserkrankung das perisynoviale Bindegewebe und die Gelenksknorpel.

Frische Arthromeningitiden heilen unter der antisyphil. Behandlung bald und fast vollkommen. Aeltere dagegen nur schwer und mit Zurücklassen von zeitweiligem Knattern und einer mehr weniger fühlbaren Einbusse der Bewegung. Die Recidiven sind häufig.

Bei den acuten Fällen fallen die abendlichen und nächtlichen Schmerzen, bei den chronischen die lästige Spannung und die Steifheit mehr auf. Die locale Temperatursteigerung ist nicht erheblich, die Körpertemperatur ist, wenn eine merkliche Erhöhung vorkommt, stark remittirend. Die Schmerzen werden durch die passiven Bewegungen und die Palpationen der Gelenke nicht erheblich gesteigert.

Local empfiehlt sich die Schonung der betroffenen Gelenke, die Anwendung feuchtwarmer oder Priesnitz'scher Umschläge, Jodkalijodsalben oder solcher Glycerinlösungen. Bei chronischeren Fällen



sind Bepinselungen mit Jodgallapfeltinctur, Compressiv- und selbst Wasserglasverbände am Platze. Die Allgemeinbehandlung ist mit Jodmitteln einzuleiten, selten kann man aber die Mercurbehandlung ganz entbehren — beides wird indessen durch den Verlauf und die begleitenden Syphiliserscheinungen bestimmt. Einfache warme Thermen oder Schwefelbadekuren sind erst zur Nachkur anzuempfehlen.

Nach Ehrlich (16) tritt die syphilitische Erkrankung des Herzens gewöhnlich als schwielige Myocarditis oder als circumscripte Gummigeschwulst auf. Der Verf. theilt folgenden Fall von Herzinfarct mit, den wir hier ausführlich wieder geben: G. N., 35 J. alter Kellner, am 12. April 1879 in die Klinik aufgenommen, hatte im J. 1864 an einem harten Geschwür des Sulcus retroglandularis gelitten und war deshalb mit Einreibungen behandelt worden. Seit ungefähr einem Jahre bemerkte Pat. Abends leichte Anschwellung der Füsse und in den letzten drei Monaten ziehende Schmerzen in beiden Unterschenkeln, besonders rechts. Zwei Tage vor der Aufnahme traten Schlingbeschwerden mit leichtem Frösteln auf. Die rechte untere Extremität war bis zum Kniegelenk hinauf geschwollen, leichtes Oedem des linken Fussrückens. Die Occipital-, Cubital- und Leistendrüsen waren zu erbsengrossen Tumoren angeschwollen. Ungefähr in der Mitte der linken Schienbeinkante war eine Auftreibung zu fühlen, welche bei Druck empfindlich war.

Bei der Untersuchung der inneren Organe stellte sich eine Verbreiterung der Herzdämpfung heraus; dieselbe reichte bis zum rechten Sternalrand und überschritt nach der linken Seite um Fingerbreite die Mamillarlinie. Der Herzstoss war im 5. Intercostalraum etwas verbreitert sichtbar; Höhe und Resistenz desselben etwas vermehrt. Die Töne an der Spitze waren rein, der 2. Aortenton verstärkt.

Angina catarrhalis. Puls 70; Radialis deutlich gespannt, Pulsschläge gleichmässig und frei, Urin normal. Nach Gebrauch von wenigen Gramm Jodkalium trat beträchtliche Anschwellung beider unteren Augenlider, ein allgemeines Jodexanthem und heftiger Kopfschmerz in der Stirn auf, so dass von dieser Medication abgesehen werden musste. Es wurde nunmehr ein einfach roborirendes Verfahren eingeleitet.

Am 12. Juni zeigte sich im mittleren Drittheil des inneren Kopfes des Gastrocnemius und im unteren Theile des Musc. semiten-



dinosus längliche Geschwülste von Taubeneigrösse, welche bei Druck schmerzhaft waren. Einreibung von 2,0 Grm. grauer Salbe täglich, 20 Tage hindurch, Verkleinerung der Geschwülste.

Am 12. Juli fand sich auf der Innenseite des rechten Oberarms, oberhalb des Condylus internus eine circa handtellergrosse Erhabenheit von hügeliger Beschaffenheit und dunkelrother Färbung, welche bei Druck schmerzhaft war. An der entsprechenden Stelle des anderen Armes wurde eine ähnliche blassrothe Schwellung beobachtet und im Verlauf der nächsten Tage ähnliche Stellen auf der Innenseite beider Oberschenkel. Mit dem Ausbruche dieses Erythema nodosum ging deutliche Zunahme der Cachexie des Pat. einher.

In den ersten Tagen des August ergaben sich die Erscheinungen eines leichten fieberhaften Bronchialkatarrhs, welche auf eine Abschwächung der Herzthätigkeit hindeuteten. Die Herzdämpfung überragte jetzt um mehr als Fingerbreite den rechten Sternalrand; der Herzstoss war, kaum verstärkt, im 5. Intercostalraum fühlbar; die Herzaction war unregelmässig; schwache systolische Geräusche waren über der Mitralis und Pulmonalis hörbar; der 2. Pulmonalton war deutlich accentuirt, in geringerem Grade der 2. Aortenton; der Puls war mässig frequent, weich, unrhythmisch; Dyspnoë, starker Hustenreiz. Der Tod trat nach Vorausgang von Stauungserscheinungen, Oedem der unteren Extremitäten, Hydrothorax u. s. w. am 11. August ein.

Section. Am inneren Schädeldach fand sich eine thalergrosse, flache Verdickung des Knochens, welcher in Elfenbeinsubstanz umgewandelt war. Die sichtbare Leberoberfläche erschien glatt, von strahligen, in ihrer Wand leicht verdickten Gefässen durchzogen. Der Herzbeutel enthielt ziemlich viel klare, bräunlichgelbe Flüssigkeit, der rechte Ventrikel war stark mit Fett umwachsen. Im Verlauf der rechten Art. coronar. cord. bemerkte man eine Gruppe von etwa 8 submiliaren, grau durchscheinenden Knötchen, welche an einer stark vascularisirten Stelle der Herzoberfläche vorhanden waren. Das Herz, von schlaffer Musculatur, war im Ganzen sehr gross, namentlich waren die Ventrikel weit; die Papillarmuskeln und einzelne Trabekeln zeigten links flockige, fibröse Entartungen. Die Klappen waren normal.

Milz ziemlich geschwollen, an einer Stelle nahe der Oberfläche ein haselnussgrosser, dunkelrother, derber Herd vorhanden. — Im linken Gastrocnemius ein derber, fibrös aussehender, nicht scharf umgrenzter Verdichtungsherd von ungefähr Kirschengrösse.

Bei der genaueren Untersuchung des Herzens fand man in Querschnitten der Musculatur, besonders des linken Ventrikels, ausser einer weit verbreiteten Myocarditis zahlreiche Herde, welche nach Farbe, Grösse und Form sehr verschieden waren. Es fanden sich weiss gefärbte, gegen die Umgebung stark abgegrenzte, andere waren von der Umgebung durch einen breiten, hämorrhagischen Hof getrennt, oft auch in ihrer ganzen Ausdehnung von dunkelrother Farbe. Die im Inneren des Myocardium befindlichen Herde waren im Allgemeinen länglich-rund und nach der Muskelrichtung geordnet, auf dem Querschnitte erschienen sie als unregelmässige, bis erbsengrosse Polygone. Der grösste Herd war ungefähr haselnussgross, er sass mit breiter Basis auf dem Epicardium und ragte keilförmig in das Muskelfleisch hinein; seine Farbe war grauweiss und er war von einem hämorrhagischen Hofe umgeben.

Die mikroskopische Untersuchung der myocarditischen Herde ergab zunächst, dass dieselben aus einem jungen, zellenreichen, von zahlreichen erweiterten Capillaren durchzogenen Gewebe bestanden, in welchem zahlreiche Pigmentzellen sich fanden. In den weissen Herden erschienen die Muskelfasern hochgradig und gleichmässig atrophisch; die Grundsubstanz war in eine stark lichtbrechende Masse umgewandelt, die sich mit den farbigen Nitrokörpern (Aurantia, Pikrinsäure) stark und echt färbte. Bei Anwendung von Hämatoxylin hatten im ganzen Umkreise alle Kerngebilde ihr Färbungsvermögen verloren; das umgebende Gewebe war meist von vielen Eiterzellen durchsetzt. Auch in den rein hämorrhagischen Herden fanden sich im Ganzen dieselben Verhältnisse wieder; die Muskelfasern waren z. Th. durch Anhäufung rother Blutkörperchen aus einander gedrängt. Die roth umsäumten Stellen ergaben denselben Befund. Die Färbung der Peripherie kam theils durch Hämorrhagien, theils durch eine colossale Dilatation der Capillaren zu Stande. An allen Stellen war eine mehr oder weniger weit vorgeschrittene Invasion von Eiterzellen vorhanden.

Der Grund der geschilderten Infarctbildungen war eine weit verzweigte Endoarteriitis syphilitica obliterans der kleinen Gefässe. Fast bei allen Herden konnten in der Nähe Gefässe von arteriellem und venösem Charakter gefunden werden, deren Lumen durch Zellenwucherung theils in hohem Grade verengt, theils auch complet verlegt war. Auch im Inneren der Infarcte waren ähnliche nekrotische Gefässe vorhanden.



Mayer bespricht (17) die beiden Formen der syphilitischen Myocarditis, die gummöse und die einfache interstitielle Form, von der ersten finden sich schon vor Virchow Fälle bei Ricord und bei Lebert abgebildet. Die Gummata können von Erbsen- bis zu Taubeneigrösse im Herzfleisch vorkommen. Wichtiger vielleicht noch sei die einfache interstitielle Myocarditis. Virchow wirft schon mit Recht die Frage auf, ob nicht manche scheinbar einfache Myocarditis syphilitischen Ursprungs sei? Ein neuerdings von Ehrlich veröffentlichter Fall von Herzsyphilis (siehe oben) gibt Demselben zu dem Ausspruch Veranlassung, dass wahrscheinlich der syphilitischen Myocarditis Gefässveränderungen (Endarteriitis syphilitica obliterans) zu Grunde liegen. Nach Allem, was wir über die Syphilis des Herzens wissen, glaubt der Verf., dass diese Fälle gewöhnlich mit den Symptomen der Insufficienz des Herzens verlaufen, also mit Dilatation und Schwäche des Herzens, unregelmässiger Bewegung desselben, Vergrösserung der Leber, und zur Zeit der Paroxysmen Dyspnoë mit Angstgefühl und verminderter Harnsecretion. Ganz ähnlich ist nach Rühle der Symptomencomplex der chronischen diffusen Myocarditis, wo gerade die constante Unregelmässigkeit und Ungleichheit des Pulses, verbunden mit Herzschwäche und Leberrergrösserung eine Hauptrolle spielen. Schliesslich schildert der Verf. folgenden eigenen Fall:

Ein Stabsoffizier von 50 Jahren erkrankte im Anfang des Jahres 1878 an Kurzathmigkeit und Herzklopfen. Verf. fand den Herzumfang nicht wesentlich vergrössert, die Töne rein, aber eher schwach als laut, besonders an der Spitze; über dem rechten Ventrikel ein leichter Doppelschlag beim ersten Tone hörbar. Der Puls war unregelmässig, weich, nicht besonders frequent. Pat. besserte sich bei Gebrauch von Digitalis und Fleischdiät. Im März 1879 schien sich das Herz etwas nach rechts und links ausgedehnt zu haben; es war ein deutliches diastolisches Geräusch von hauchendem Charakter an der Herzspitze vorhanden, der zweite Pulmonalton nicht verstärkt. Die Leber erschien deutlich vergrössert, der Urin zeigte einen nicht ganz unbedeutenden Eiweissgehalt, die Beine waren ödematös. Bei längerem Gebrauch von Infus. Digitalis verlor sich das Oedem, die Leber schwoll ab, das Spitzengeräusch, welches man als prädiastolisch bezeichnen konnte, schwand natürlich nicht. Im Juli trat von Neuem Hydrops ein, der nur langsam schwand. Im März 1880 fand Verf. das Geräusch am Herzen scheinbar dem ersten Tone näher gerückt; es ist



an der Spitze über dem rechten Ventrikel, am deutlichsten aber über der Pulmonalis vernehmbar, am wenigsten über der Aorta. Keine Verstärkung des zweiten Pulmonaltons. Starke Pulsation im Epigastrium; das Herz etwas mehr nach rechts ausgedehnt. Die Herzspitze schlägt ziemlich undeutlich kurz unterhalb der Mamilla an. Auf der Mitte des rechten Schienbeins eine deutliche schmerzhafte Periostose, an den seitlichen Rändern der Zunge ziemlich frische Narben; auf dem Rücken mehrere Rhypia-Geschwüre. Die Anamnese ergibt, dass Patient vor 8—9 Jahren inficirt war, und dass sich nachträglich Roseola, Halsgeschwüre etc. eingestellt hatten. Nach einer längeren Pillenkur hielt er sich für genesen und verheirathete sich nach wenigen Jahren. Er blieb kinderlos; seine Frau blieb gesund. Es wurde jetzt Kalium jodatum 15 : 300, 2—4 Esslöffel per Tag verordnet. Schon in der zweiten Woche nach Beginn der Jodbehandlung waren die Schmerzen im Bein geschwunden und traten seitdem nicht wieder auf; dagegen erschienen nach brieflicher Mittheilung im Juni d. J. wieder Geschwüre auf Lippen und Zunge; Verf. rieth nun zu einer Inunctionskur in Aachen. Dieselbe beschränkte sich auf 25 Einreibungen zu 3,0 bis 4,0, es waren in der Zeit 28 Schwefelbäder genommen worden. Er nahm dann zu Hause zuerst Jodeisen, von Anfang November wieder Jodkali zu 1,0 per Tag; am 5. December folgender Befund: Herz nur sehr wenig nach rechts dilatirt, linker Ventrikel nicht vergrössert. Anschlag der Spitze undeutlich, keine deutliche epigastrische Pulsation; das Geräusch, mehr dem zweiten Tone angehörend, ist schwach und an der Spitze über dem rechten Ventrikel, etwas deutlicher über der Art. pulmonalis hörbar; es hat einen schabend-klebenden Charakter; der erste Ton ist ziemlich deutlich, der zweite durch das Geräusch etwas verdeckt. Puls 80, regelmässig, ziemlich weich. Urin hellgelb, 1019 spec. Gewicht, eiweissfrei. Körpergewicht 180 Pfund. Leber in normalen Grenzen, kein Oedem der Beine.

18. **Haslund.** Das Verhalten der Milz unter der Syphilis. (Hosp.'s Td. — Nr. 2 und 3, 1882.)
19. **Echeverria.** Ueber syphilitische Epilepsie. (Journ. of ment. sc. Jul. 1880. — Der Irrenfreund. I. 1881.)
20. **Rivaud.** Beitrag zur Kenntniss der syphilit. Pseudoparalyse. (Thèse de Paris 1880, 180. — Rundschau Juni 1881.)

21. **Seggel.** Ueber Irido-Chorioiditis gummosa und die Häufigkeit der Iritis syphilit. überhaupt. (Archiv f. Augenhk. IX. 4. Ctrbl. f. prakt. Augenhk. 11. 1880.)

22. **Schröder.** Beitrag zur Kenntniss der Iritis syphilitica. (Dissert. inaug. Dorpat. St. Petersburg. 1880. — St. Petersb. med. Wochenschr. 2. 1881.)

23. **Knapp.** Ueber ererbte syphilitische Ohrenleiden. (Zeitschrift f. Ohrenheilk. 349. 1880.)

Mit dem Verhalten der Milz unter der Syphilis ist es nach Haslund (18) schwer ins Reine zu kommen, theils weil dieselbe ein Organ ist, das während des Lebens für eine genaue objective Untersuchung wenig zugänglich und zudem ein Organ, dessen Function so wenig bekannt ist, dass Abweichungen von dem Normalen sich der Aufmerksamkeit entziehen, theils weil die Syphilis eine Krankheit ist, die, wenn sie den Tod verursacht, meistens mit anderen pathologischen Zuständen complicirt gewesen, so dass es schwer sein mag im vorliegenden Fall zu entscheiden, ob die Veränderungen im einzelnen Organ der Dyskrasie oder der mehr oder weniger zufälligen Complication ihr Vorhandensein verdanken. Man findet aber in der Literatur höchst verschiedene Aussprüche über Milzsyphilis; die Einen halten sie für häufig und gewöhnlich, die Anderen für selten vorkommend; während Einige mehrere Formen von Hyperplasie, die Hypertrophie, partielle Decoloration der Pulpa, amyloide Degeneration, Narbenbildungen im Gewebe, Verdickungen in der Kapsel, fibrinöse Beläge an derselben, Verwachsen mit anderen Organen unter die Kennzeichen der Milzsyphilis rechnen, gehen Andere so weit, dass sie behaupten, man dürfe die Syphilis nur da diagnosticiren, wo man die für das syphilitische Leiden charakteristische Neubildung, den Gummiknoten findet. Am Krankenbette kann es mitunter Einem glücken, einen Milztumor zu constatiren, aber nach den Erfahrungen des Verfassers nur in den allerersten Stadien der Krankheit, wo die Prodrome sehr stark hervortretend sind und fast den Symptomen des typhoiden Fiebers gleichen. In solchen Fällen hat der Verfasser ein paar Mal erweiterte Milzgrenzen herauspercutiren können, aber die Geschwulst hat sich schnell verloren, nachdem der febrile Zustand geschwunden ist und die Kur angefangen hat. Er kann die Behauptungen von Jullien, Bäumler, Weil und Wewer nicht gut heissen, denen zufolge eine solche



Ausdehnung des Volumens ziemlich allgemein sein sollte. Bei den allerersten Stadien der Syphilis begegnet Einem häufiger ein Milztumor, der sich bei der Section als von einer amyloiden Degeneration herrührend zeigt; dieser gehört aber der Meinung des Verfassers nach gewiss nicht in die Pathologie der Syphilis.

Um sich wo möglich von der Häufigkeit des Milzleidens und von dessen verschiedenen Formen ein selbstständiges Urtheil zu bilden, hat der Verfasser die Sectionsberichte des „Commune-Hospitals" für 15 Jahre (1866—80) durchgemacht. Er hat hier 154 Fälle gesammelt, in welchen Kinder mit hereditärer Syphilis gestorben sind. Unter diesen ergab es sich, dass die Milz in 96 Fällen gesund war, in 58 Fällen war sie der Sitz pathologischer Veränderungen. (Der Verf. gibt eine schematische Liste dieser Fälle mit klinischer und anatomischer Diagnose und mit Beschreibung des Zustandes der Milz.) Diese waren: Hyperplasie 55 Mal, darunter 14 mit normaler Consistenz des Gewebes, 31, wo das Gewebe härter und 10, wo dasselbe weicher als normal war. Ferner fand sich ein Fall von Infarct, 1 Fall von fibrinösen Belägen auf der Serosa und 1 Fall von Kapselverdickung und Adhärenzen an die benachbarten Organe, alle drei ohne dass sonstige Veränderungen des Organes rücksichtlich dessen Grösse und Consistenz erwähnt sind. Unter den 55 Hyperplasien finden sich ausserdem notirt: 19 Mal fibrinöse Beläge an der Oberfläche der Milz und 4 Mal zerstreute Verdickungen der fibrinösen Kapsel, 1 Mal Adhärenzen an die zunächst liegenden Organe. In 3 Fällen finden sich noch erwähnt eine reichlichere oder spärlichere Einstreuung von miliären Tuberkeln im Gewebe und zwar immer zugleich mit Tuberculose anderer innerer Organe.

Der Verfasser stellt sich nun die Frage, in wie fern diese pathologischen Zustände unter das syphilitische Leiden zu rechnen seien, oder ob sie eben sowohl von anderen unter dem Verlauf der Syphilis entstandenen concomitirenden Krankheiten herrühren mögen, oder ohne alle Verbindung mit der Hauptkrankheit allein aus solchen Zuständen entsprungen seien. Dieses letztere lässt sich nur von denjenigen Fällen behaupten, wo Tuberkel vorgefunden sind; die Tuberculose und die Syphilis stehen mit ihren Neubildungen einander scharf gegenüber und haben weder in klinischer noch in pathologisch-anatomischer Rücksicht mit einander etwas zu thun. In zwei von den Fällen treten sie in den inneren Organen zugleich auf, während in einem keine spe-



cifisch syphilitischen Leiden unter den postmortalen Funden sich ergaben. Die einfache Hyperplasie hingegen meint der Verfasser durchaus unter die Syphilis rechnen zu müssen; sie findet sich relativ häufig, oft ohne andere Funde in den übrigen Organen, welche dieselbe erklären können, bisweilen mit solchen sowohl chronischen als acuten Zuständen verbunden, die eine Hyperplasie der Milz wohl verursachen können. Betrachtet man aber die 96 Fälle, wo die Milz gesund gefunden ist, dann erscheinen eben dieselben Zustände in den übrigen Organen wenigstens ebenso häufig.

Diese Hyperplasie steht unzweifelhaft in einem bestimmten Verhältniss zu den allgemeinen Ernährungsstörungen, die bei der Syphilis vorhanden sind, aber der nähere Zusammenhang, die Frage, ob sie eine der Ursachen oder eine der Folgen der Cachexie ist, muss vorläufig unbeantwortet bleiben, so lange die physiologischen Functionen der Milz so wenig aufgeklärt sind. Die erwähnten periplastischen Phänomene so wie die Kapselverdickung rechnet der Verfasser nicht direct unter die Syphilis, die ja nicht für selbstständig auftretende Entzündungen der serösen Häute disponirt; er hält sie theils für eine Fortpflanzung des Processes im Gewebe, theils für das Resultat eines verlaufenen circumscripten hyperplastischen Processes, und er bezieht sich in dem Stück auf Aussprüche von Virchow und Wagner.

Unter den 154 Fällen von hereditärer Syphilis hat der Verfasser kein einziges Mal amyloide Degeneration der Milz oder auch nur einen Fall von Gummata erwähnt gefunden; dagegen findet er für die nämliche Zahl von Jahren und in eben derselben Hospitalsabtheilung in einer anderen Reihe von Sectionen an 44 unter dem Verlauf der Syphilis gestorbenen erwachsenen Individuen 3 Fälle von amyloider Degeneration der Milz. Die amyloide Degeneration hält man gewöhnlich für einen Process, der dem tertiären Stadium der Syphilis eigenthümlich ist und vielfache Aussprüche in der Literatur von Virchow, Dittrich, Hecker, Friedreich, Fagge, Ljunggreen, Oser und Löwenfeld laufen darauf hinaus. Nur Trapp sagt, dass sie eben so wohl in anderen cachektischen Zuständen ihren Ursprung und Grund haben kann. Nach der Meinung und den Untersuchungen des Verf. ist eben dieses immer der Fall; sie ist hier, wie immer, wo sie sonst auftritt, durch die Ernährungsstörungen erzeugt und mit denselben in Zusammenhang, die aus langwierigen Suppurationsprocessen entstehen, ob diese sich in den superficiellen Schichten, in den Knochen, oder in



inneren Organen finden mögen. In den 3 Fällen, die er gefunden hat, waren in einem langwierige Nekrose der Scapula und Clavicula, im zweiten zahlreiche und ausgebreitete ulcerirte Gummiknoten an der Haut, in dem subcutanen Bindegewebe und am Periost vorausgegangen; im dritten ergab sich, nebst älteren Destructionen im Rachen, auch eine alte suppurative Pyelo-Nephritis und Cystitis mit Calculi im Nierenbecken und im linken Ureter. Auch unter den in der Literatur erwähnten Fällen — in so fern sie genau referirt sind — findet er verlaufene oder noch vorhandene chronische Entzündungen.

Von Gummata findet sich unter diesen 44 Sectionen kein Fall, was freilich nicht Wunder nehmen darf, indem Aussprüchen von Virchow, Wagner, Beer und Reder zum Trotz, nach denen dieselben ziemlich gewöhnlich sein sollten, nur etliche zwanzig Mittheilungen solche Funde betreffend, in der Literatur sich finden. Der Verf. sieht sich jedoch im Stande, aus dem Allgemeinen Hospital (das nur chronische Krankheiten aufnimmt) zwei Fälle von gummösen Geschwülsten in der Milz mitzutheilen. In einem Fall fanden sich zahlreiche hanfsamengrosse bis erbsengrosse Tumoren in der Milz, sowie ähnliche in der Leber. Die mikroskopische Untersuchung gab entschieden die Diagnose „Gummata". Im anderen Fall war es ein vereinzelter Knoten, der makroskopisch als Gumma bestimmt wurde, wo aber leider die mikroskopische Diagnose fehlt.

Uebrigens fand sich in den 44 Fällen 10 Mal eine gesunde Milz, 27 Mal Hyperplasie in höherem oder geringerem Grade (11 Mal die weichere und 16 Mal die festere Form); zerstreute Verdickungen der Kapsel sind 2 Mal und Verwachsungen an die benachbarten Organe sind 4 Mal notirt.

Die Hyperplasie ist also bei Erwachsenen mit acquirirter Syphilis in 61,4 % von den Fällen vorgekommen, während sie, was die hereditäre Syphilis betrifft, nur in 36,4 % vorgefunden ist, ein Unterschied, der eben nicht für deren sehr frühes Auftreten in der Krankheit spricht.

Echeverria (19) behandelt die Frage, ob man berechtigt sei, einen Unterschied zwischen secundärer und tertiärer syphilitischer Epilepsie zu machen, d. h. mit anderen Worten, besteht ein Unterschied zwischen jener Epilepsie, die zur Zeit der secundären Syphilis auftritt (rein neurotische), und einer solchen, die von Gehirn-



syphilis abhängt (organische)? Er glaubt diese Frage verneinen zu müssen. Durch die Syphilis verändere die Epilepsie ihren Charakter keineswegs, sie bleibe stets dieselbe, und wir müssen daher die Ursachen der Epilepsie als ebenso constante annehmen. Das frühere oder spätere Auftreten beruhe vielmehr auf einer individuellen Anlage zu nervösen Störungen, und daher sehen wir sie vorzugsweise früh bei Frauen, und hier wieder bei Prostituirten (? A.) auftreten. Die syphilitischen Veränderungen des Gehirnes betreffen zumeist das Gefässsystem, dann die Gehirnhäute und die Neuroglia.

Blutarmuth, hervorgerufen durch die behinderte Circulation einerseits und andererseits die durch das verdickte Bindegewebe verursachte Congestion der Nervenzellen führen schliesslich zur Entartung oder Atrophie und zur fettigen Degeneration des Gehirnes. Im Rückenmark verursacht Syphilis vorzugsweise Entzündung und Verdickung der Häute, Myelitis und Sklerose. Die syphilitische Epilepsie tritt selten bei guter Gesundheit auf. Fast immer gehen heftige Kopfschmerzen wochen- und monatelang vorher, und sie bleiben auch nachher bestehen, wenn die epileptischen Anfälle bereits aufgetreten sind.

Häufig wird dieser Kopfschmerz noch von dem Gefühle des Unbehagens in den Präcordien begleitet, oder von Schmerzen daselbst und von dem Gefühle des Schwindels. Andere Vorzeichen sind Charakterveränderung, Depression und Schwachsinn. Allerhand sensible und motorische Anomalien gehen dem Ausbruch voraus, und schwächende Einflüsse, wie Alkoholismus, Körperverletzungen u. dgl. beschleunigen denselben. In Bezug auf den Sitz der meist einseitigen Krämpfe und des Kopfschmerzes ist ein bestimmtes Verhältniss nicht nachzuweisen. Der Eintritt wechselt vom 4. Monat bis 20 Jahre nach der Infection, und meist liessen sich die Zeichen einer constitutionellen Lues nachweisen. Zuweilen, wenn auch selten, entsteht Epilepsie in den Fällen, wo eine Infection constatirt ist, eigentliche secundäre Erscheinungen dagegen nie zur Beobachtung gekommen waren. E. glaubt, dass der längste Termin in diesen abnormen Fällen 4 Jahre nach der Infection betrage. Doch müsse man alle jene Fälle ausscheiden, wo zu irgend einer Zeit eine antisyphilitische Kur zur Anwendung gekommen sei und, wenn auch unvollständig ausgeführt, die syphilitischen Symptome dennoch zum Schwinden gebracht habe, ohne die Syphilis selber zu vertilgen. Bei erblicher Syphilis ist Epi-



lepsie selten und tritt gewöhnlich schon früh auf. Die Krämpfe selbst unterscheiden sich in keiner Weise von denen der gewöhnlichen Epilepsie. Wohl aber ist permanente oder vorübergehende Paralyse ein pathognostisches Zeichen für den syphilitischen Ursprung der Epilepsie. Ferner verbinden sich mit derselben Neuritis optica. Geistesstörungen in Folge der Anfälle sollen bei Syphilis von besonders heftigem Charakter sein. In der Behandlung wird einer energischen antisyphilitischen Kur das Wort geredet. Verf. verbindet mit der Schmierkur stets den gleichzeitigen Gebrauch des Jodkali, das er täglich dreimal in Dosen von 2—7,5 gibt. Unter 98 Fällen hatte er 44 Genesungen, 21 starben. Auf Grund seiner Erfahrungen tritt er der vielfach geäusserten Ansicht entgegen, wonach in 9 unter 10 Fällen, wo nach dem 30. Jahre Epilepsie eintrete, der Grund in einer syphilitischen Erkrankung zu suchen sei. Wohl aber könne man umgekehrt behaupten, dass in Fällen von Hemiplegie oder Paraplegie bei Personen von 20 bis 25 Jahren, wo kein Morbus Brightii oder Klappenfehler nachweisbar sei, in 19 unter 20 Fällen Syphilis die Veranlassung sei.

Unter dem Einfluss der syphilitischen Diathese entwickeln sich nach Rivaud (20) speciell localisirte Läsionen der Meningen und der Convexität der Hemisphären. Diese Veränderungen bedingen sowohl physische als psychische Störungen, theilweise analog denjenigen, welche man bei der allgemeinen Paralyse antrifft. Nach dem Verfasser findet man diese Complication hauptsächlich bei der gutartigen Syphilis. Es scheint als hätte sich die Syphilis gleichsam nicht erschöpft in den Erscheinungen auf der Haut und auf der Schleimhaut und sie bliebe im Organismus latent, um später in Form encephalischer Erscheinungen aufzutreten. Die Pseudoparalysis generalis unterscheidet sich von der Meningo-Encephalitis chronica diffusa: 1. anatomisch durch das Vorwiegen der meningealen Läsionen, während bei der Paralysis gen. der Irren die Störung hauptsächlich die graue Substanz der Windungen betrifft; 2. klinisch durch das rasche Auftreten, durch die Abwesenheit des Grössenwahnes in der Mehrzahl der Fälle und durch den häufig günstigen Ausgang der Krankheit nach einer specifischen Behandlung derselben.

Bei einem mit secundärer Lues behafteten 22jährigen Soldaten wurde nach Seggel's Bericht (21) nach Beseitigung der übrigen syphilit. Erscheinungen mittelst Inunctionskur $3^1/_2$ Monate nach der Infection eine



Iritis dextra und 14 Tage später auf demselben Auge neben Zunahme der iritischen Synechien eine halbkugelförmige Erhebung der Sklera (4 Mm. vom lateralen Cornealrande entfernt) dicht oberhalb des horizontalen Meridians beobachtet. Die im hohen Grade schmerzhafte Geschwulst fühlte sich resistenter als normales Skleralgewebe an, bildete sich übrigens unter erneuerter Anwendung einer etwas schwächeren und mit einer Schwitzkur verbundenen Inunctionskur wieder vollständig zurück. Verf. verlegt den Sitz dieser Geschwulst in den vorderen Aderhautabschnitt und hält diese Irido-Chorioiditis gummosa für eine relativ früh auftretende syphilitische Affection.

Zur Beantwortung der Frage vom Werthe der subcutanen Injectionen bei Iritis syphilitica benützte Schröder (22) das Dorpater, unter Dr. Magawly's Leitung stehende Augenhospital und kam zu folgenden Resultaten: Nach Ausschluss der unsicheren Fälle fanden sich 240 verwerthbare Krankengeschichten über Iritis syphil. Sie betrafen 166 Männer und 74 Weiber, zieht man jedoch das numerische Verhältniss des Geschlechtes in der betreffenden Bevölkerung in Betracht, so kann man den Schluss ziehen, dass fast doppelt so viel Männer als Weiber an Iritis syphilitica leiden. Das rechte Auge war häufiger (108 Mal) befallen als das linke (84 Mal). Fast alle Fälle traten im Laufe des ersten Jahres nach der Infection auf, namentlich in den ersten sechs Monaten und zeigten 75% derselben gleichzeitig noch papulöses Exanthem. Aus der tertiären Krankheitsperiode stammen nur 2 Fälle. Im Gegensatz zu Wecker zeigt Verf., dass auch die gummöse Iritis meist im ersten Krankheitsjahre auftritt (unter 46 Kranken 28 Mal). Als einziges gemeinsames Symptom liess sich nur die Episkleralinjection constatiren, die übrigen Symptome variirten. In zwei Fällen ist Knötchenbildung, die sich durch nichts von Gummata unterscheiden liessen, bei Patienten beobachtet worden, die entschieden nie an Syphilis gelitten. Bezüglich der Zahl der gummösen Knötchen zeigt Verf., dass in 46 Fällen nur 17 Mal sich mehr als ein Knoten vorfand (darunter 1 Mal aber 12), meist standen sie am Pupillarrande, die Form war eine wechselnde und nur einmal wurde die Grösse einer kleinen Erbse erreicht. In 2 Fällen war neben der Iris auch der Ciliarkörper Sitz der gummösen Geschwulst.

Hyphäma und Hypopyon wurden selten beobachtet, desgleichen gallertiges Exsudat in der vorderen Kammer.



Die Therapie bestand in allen Fällen in einer Mercurialkur, neben localer Application von Atropin und eventuell Blutentleerung, ausserdem bei 25 Patienten Entleerung des Kammerwassers (wodurch jedesmal bedeutende Schmerzlinderung bewirkt wurde).

Die Heilung erfolgte in der Regel nach 4—5 Wochen.

In früheren Jahren war der innerliche Gebrauch von Sublimat üblich, eine Zusammenstellung von 20 Fällen ergibt als Durchschnittsdauer der Kur — 18·3 Tage nach durchschnittlich $11^3/_4$ Gr. Subl., während bei 155 mit Unguentum cinereum Behandelten die Kurdauer sich auf 15·7 Tage berechnen liess, nach Verbrauch von je $12^1/_2$ Unzen (16 Mal trat Stomatitis ein).

Den günstigsten Erfolg weisen 21 mit Sublimatpepton-Injectionen Behandelte auf, wo nach durchschnittlich 13 Injectionen (Gr. $3^1/_4$ Sbl.) in 13·8 Tagen Heilung eintrat. Daher empfiehlt Verf. die Injectionsbehandlung bei allen Patienten, mit Ausnahme von Kindern und gegen Schmerzen sehr empfindlichen Personen.

Knapp (**23**) theilt einige typische Fälle mit, in welchen ein Ohrenleiden die Folge ererbter Lues war.

Fall I. Keratitis parenchymatosa; Otitis media catarrhalis et Otitis interna heredito-syphilitica. Heilung.

Ein Mädchen, 5 Jahre alt, hatte ausgesprochene, seit zwei Monaten bestehende, parenchymatöse Keratitis im rechten, und den Anfang derselben Affection im linken Auge, blasses, schwächliches Kind mit kleinen zerfallenden Zähnen. Bei der Geburt Ausschlag über den ganzen Körper, einschliesslich der Hohlhand. Die Mutter hatte zwei Fehlgeburten und drei ihrer Kinder starben in den ersten Wochen, gleichfalls mit kupferrothen Flecken über den ganzen Körper. Der Vater gibt zu, constitutionelle Syphilis vor seiner Verheiratung gehabt zu haben. Nach örtlicher Behandlung, Einträufeln von Atropin, später gelbe Quecksilbersalbe, Opiumwein und Calomeleinstäubungen, hellten sie sich nach und nach auf, jedoch traten im Laufe der drei Jahre einige Rückfälle der Keratitis ein.

Eineinhalb Jahre nach dem Beginne des Augenleidens und als dieses auf dem Wege der Besserung war, wurde das Gehör auf beiden Seiten rasch so schwach, dass das Kind in 5 Tagen nicht mehr die lauteste Sprache verstehen konnte, obwohl sie den Ton der Stimme immer hörte. Dieser Zustand hielt eine Woche an und besserte sich



dann etwas. Wegen einer neuen Niederkunft der Mutter wurde das Kind erst einige Wochen nach dem Eintritt der Taubheit zu K. gebracht. Sie hatte weder Schmerzen in den Ohren noch Tinnitus, aber Kopfweh und Schwindel. Ihr Gang war unsicher und taumelnd. Verf. fand beide Trommelfelle eingesunken, das linke geröthet; die Rachenwände roth und geschwollen. h rechts $\frac{1:3}{24}$, links $\frac{1}{\infty}$ (Ohr und Schädelknochen); V rechts $^5/_{60}$, links $^3/_{60}$. Die Eustachischen Röhren waren durchgängig, aber der Politzer'sche Versuch verschlechterte ihr Gehör. Verf. behandelte ihren Nasenrachenraum mit dem Zerstäubungsapparate, verordnete ihr ein Gurgelwasser und innerlich dreimal täglich 0·12 Jodkalium, später 0·02 Calomel pro die. Während der zwei ersten Monate war ihr Gehör zuweilen besser, zuweilen schlechter als am Anfang der Behandlung. Am Anfang des 3. Monats hatte sie einen Keratitisrückfall mit sehr heftigem Kopfweh, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Das linke Trommelfell sah natürlich aus, mit hellem und dreieckigem Lichtfleck; rechts Mt röthlich. Im Nasenrachenraum viel Schleimabsonderung. V $^8/_{60}$ wurde durch den Politzer'schen Versuch jederseits auf $^{20}/_{60}$ erhöht. Von dieser Zeit an trat eine mehr oder minder stetige Besserung ein. Ende Mai waren der Rachen und die Trommelfelle normal, die Lichtflecke glänzend und regelmässig. Doch war V blos $^{20}/_{60}$ rechts und $^{10}/_{60}$ links. Ende Juni war das Sprachverständniss auf beiden Seiten normal geworden.

Eine genaue Untersuchung machte Verf. wieder ein Jahr nach dem Beginn der Ohrenaffection. Patientin hatte von Neuem mässig ausgesprochenen Rachenkatarrh. Das rechte Trommelfell war durchscheinend, in seinem vorderen und unteren Abschnitt eingesunken; der Sehnenring ausgesprochen, der Lichtreflex getheilt, nur an seiner Spitze glänzend; durch Ansaugung und Politzer's Experiment wurde er regelmässig. Das linke Trommelfell war ganz normal, sein Lichtfleck hell und dreieckig. h $^{12}/_{24}$-v (Flüstern) $^{20}/_{20}$, auf beiden Ohren. Bei der letzten Untersuchung im Mai 1880 fand Verf. das Gehör normal und den Rachenkatarrh verschwunden. Die Symptome in diesem Falle weisen mit Bestimmtheit auf eine gleichzeitige Affection des mittleren und inneren Ohres hin. Die wichtigste Thatsache dieses Falles und diejenige, welche ihn von den meisten anderen unterscheidet, ist die vollständige und, wie es scheint, dauernde Heilung mit Erhaltung normaler Hörschärfe.

Fall II. Keratitis parenchymatosa, Otitis media catarrhalis et Otitis interna heredito-syphilitica. Heilung der Entzündung mit zurückbleibender, hochgradiger Schwerhörigkeit.

Ein 23 Jahre altes Mädchen verlor, als es 5 Jahre alt war, ihre Mutter an Lungentuberculose und ihren Vater, der an Lues litt, an Wassersucht. Drei ihrer Geschwister starben bald nach der Geburt. In ihrem 17. Lebensjahre erkrankte sie an Keratitis, während welcher sie auch an Kopfweh, Ohrensausen, Brechneigung, Schwindel und unsicherem Gang litt. Manchmal musste sie sich anklammern, um nicht hinzufallen. Ihr Gehör litt sofort bei dem ersten Anfall und verschlechterte sich stetig im Verlaufe von 8 Monaten, während welcher sie diese Anfälle hatte. Die Untersuchung ergab: Die Rachenschleimhaut etwas geröthet. H. rechts = 1/8, links = 0. Keine Knochenleitung, Trommelfell eingesunken, matt, die Tuben durchgängig. Die Patientin nahm durch Monate Quecksilber und Jodkalium, der Ohrenbefund blieb unverändert.

24. **Terrier** und **Luc**. Beiträge zur Kenntniss der Spätformen der Syphilis bei Greisen. (Revue de chirurgie 1881. Nr. 2. Centralbl. für Chir. 24. 1881.)
25. **Lesser**. Einige Fälle von erworbener Syphilis bei Kindern. (Bresl. ärztl. Zeitschr. 24. 1880.)
26. **Champneys**. Einfluss der syphilitischen Infection in acht aufeinander folgenden Schwangerschaften. (Obstetr. J. VIII. p. 666. Nov. 1880. — Med. Jahrb. Bd. 189. Heft 1. 1881.)
27. **Orth**. Ueber die Immunität der Mutter bei Syphilis des Vaters und angeborener Syphilis der Kinder. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1880.)
28. **Heubner**. Beiträge zur Kenntniss der hereditären Syphilis. (Virch. Arch. LXXXIV. Bd. 1881.)
29. **Veraguth**. Casuistische Beiträge zur Epiphysenablösung bei hereditärer Syphilis. (Virch. Arch. Bd. LXXXIV. Hf. 2, pag. 325—333. 1881.)
30. **Kassowitz**. Syphilis und Rhachitis. (Wiener Medic. Blätter 40, 41 u. 42. 1881.)

Terrier und Luc hatten (24) Gelegenheit, auf der chirurgischen Abtheilung der Salpetrière eine grössere Zahl älterer, mit Syphilis



behafteter Individuen (ausschliesslich Frauen) lange Zeit hindurch zu beobachten. Sie kommen in Uebereinstimmung mit anderen Autoren zu dem Resultat, dass der Verlauf der Syphilis bei älteren Individuen ein erheblich langsamerer ist, als bei jüngeren, und ferner, dass die gebräuchlichen antisyphilitischen Mittel (Quecksilber und Jodkali) meist sehr wenig wirksam sind. Ist die Syphilis erst im hohen Alter acquirirt, so pflegen meist nur die sogenannten primären und secundären Symptome aufzutreten; das Erscheinen tertiärer Affectionen bei sehr alten Leuten lässt nach den Erfahrungen der Verff. den Schluss zu, dass die Syphilis in früheren Lebensjahren erworben war.

Lesser (**25**) weist darauf hin, dass auch bei uns Fälle der Weiterverbreitung der Syphilis durch ganze Familien und zwar nicht unter Vermittlung des geschlechtlichen Verkehrs vorkommen, wie sie besonders aus Norwegen geschildert worden sind, und betont die Gefahr, welcher viele ganz gesunde Familien auf diese Weise durch Krankheit eines Dienstboten ausgesetzt werden können.

In einer Familie mit vier Kindern erkrankten die ältesten drei, 6, 4 und $2^1/_2$ Jahre alt, mit Papeln an den Mundwinkeln, Drüsenschwellung. Heilung nach Mercurgebrauch. Obwohl nach der Anamnese, vor Allem aber nach den Krankheitserscheinungen in obigen drei Fällen angeborene Syphilis ausgeschlossen und die Diagnose auf erworbene Syphilis gestellt werden musste, untersuchte Verf. beide Eltern, aber weder die Anamnese noch die Untersuchung ergab irgend etwas Verdächtiges. Die Erkrankung der obigen drei Kinder musste also aus einer anderen Quelle ihren Ursprung genommen haben, und eine weitere Nachforschung ergab denn auch Aufschluss über die Infection. — Bei der Familie wohnte vom October 1878 bis Februar 1879 ein Dienstmädchen, welche nach Angabe der Frau immer einen „bösen Hals“ hatte, und deren Kind, von welchem sie kurz vor ihrem Eintritte in die Familie entbunden war, an Ausschlägen litt und nach einigen Wochen starb. Die syphilitische Vergangenheit des betreffenden Dienstmädchens war wohl bekannt.

Ueber die Art und Weise der Infection ist jetzt natürlich nichts Sicheres mehr festzustellen, indess kann man mit grosser Wahrscheinlichkeit aus dem Befunde an den Lymphdrüsen (am stärksten geschwollen sind die Submaxillardrüsen) schliessen, dass die Infection am Munde stattgefunden hat, wie dies ja auch unter den obwaltenden Verhält-

nissen am wahrscheinlichsten ist, durch Küssen oder durch Gebrauch desselben Löffels oder dergleichen. Dass unter Geschwistern, und zwar bei Kindern in diesem Alter, die fortdauernd zusammen sind, eventuell in demselben Bette schlafen, eine Weiterinfection erfolgt, ist leicht begreiflich. Die Erkrankung resp. Infection der ältesten Schwester erfolgte während eines Recidivs der zuerst inficirten zweiten.

In allen oben angeführten Fällen nahm die Krankheit einen entschieden benignen Verlauf, trotzdem sie mit Ausnahme des letzten längere Zeit hindurch ganz unbehandelt blieb, und wich rasch der entsprechenden Therapie. Doch ist die seither verflossene Zeit noch zu kurz, um über eine etwaige definitive Heilung zu urtheilen.

Eine 31jährige Frau, binnen 9 Jahren zweimal verheirathet, hatte nach Champneys (26) 5 Monate nach ihrer ersten Verheirathung an Halsschmerzen und Ausschlag gelitten. Die 1. Schwangerschaft endete im 7. Monat mit der Geburt eines vor 3 Wochen, die 2. im 8. mit der eines vor 7 Tagen, die 3. im 7. mit der eines ebenfalls vor 7 Tagen, die 4. im 8. Monat mit der eines vor 3 Wochen, die 5. am normalen Termin mit der Geburt eines vor 7 Tagen abgestorbenen Kindes. Das 1. Kind der 2. Ehe (6. Schwangerschaft) wurde am normalen Termin geboren und ist am Leben geblieben. Die 7. Schwangerschaft endete im 8. Monat mit der Geburt eines vor 1 Monat abgestorbenen Kindes. Als Pat. in Verfs. Behandlung kam, stand sie im 5. Monate der 8. Schwangerschaft (Sept. 1879) und befürchtete abermals eine Frühgeburt; die Herztöne des Kindes waren jedoch lebhaft. Es wurden Hydr. jod. rubr., Kalium jodatum, sowie wegen schmerzhafter Anschwellung des linken Handgelenks Einreibungen mit Ung. ciner. verordnet. Die Frau bemerkte zwar im 6. Monate eine Abnahme der Kindesbewegungen, sie wurden aber im 7. Monat wieder lebhafter und das Kind wurde 277 Tage nach dem Ausbleiben der letzten Menstruation lebend geboren, ohne Zeichen congenitaler Syphilis, die sich auch bis zum Ende des 8. Lebensmonats nicht einstellten. — Das aus derselben Ehe zuerst hervorgegangene, zur Zeit der Mittheilung $2^1/_2$ Jahre alte Kind war stark rhachitisch, hatte eine platte Nase, aber keine ausgesprochenen Zeichen congenitaler Syphilis. Der zweite Gatte war entschieden nicht luetisch.

Orth spricht sich (27) für die Möglichkeit der Immunität der Mütter bei bestehender oder latenter Lues des Vaters und hereditärer



Syphilis der Kinder aus und theilt folgende 3 Fälle mit, die lange Zeit in der Heidelberger Poliklinik von Dusch beobachtet wurden:

1. Fall. Eine Frau hatte 1869 ein Kind geboren, das gesund war; 1872 abortirte sie im 4. Schwangerschaftsmonat, 1873 ebenfalls im 4. Monat, 1874 gebar sie eine faultodte Frucht im 8. Monat, 1875 kam sie, nach ihrer Angabe, in Folge einer Contusion im 9. Monat mit einem todten Kinde nieder, 1876 gebar sie ein gesundes Mädchen, das 6 Wochen nach der Geburt an einem syphilitischen Ausschlage erkrankte, ebenso ein 1879 geborenes männliches Kind, das nach 7 Wochen zuerst einen papulösen Ausschlag und dann Condylome bekam. Ein im August 1880 geborenes Kind war 5 Wochen später noch gesund.

2. Fall. Eine Frau gebar 1875 im 6. Monat ein gesundes Mädchen; 1876 wurde die Schwangerschaft beendet, aber 48 Stunden nach der Geburt zeigte das Kind einen Pemphigus syphiliticus, dem es am 6. Tage erlag; 1877 gebar die Frau einen kräftigen Jungen, der ebenfalls nach 48 Stunden Blasen auf der Haut und später Condylome bekam; 1880 gebar sie ein gesundes Kind, das nach 3 Wochen unter denselben Erscheinungen wie das vorhergehende erkrankte und 5 Wochen alt an Leber- und Milzsyphilis starb.

3. Fall. Eine Frau gebar zuerst ein ausgetragenes todtes macerirtes Kind; bei dem zweiten abortirte sie im 3. Monat; 1873 gebar sie ein Kind, das bald nachher wegen eines Ausschlags und später an Condylomen poliklinisch behandelt wurde; dieselben Erscheinungen zeigte das vierte im Jahr 1875 zur Welt gekommene Kind.

In allen diesen Fällen war der Mann syphilitisch, ebenso waren es die Kinder, während bei den Müttern, welche mit ihren Männern zusammenlebten und ihre Kinder selbst stillten, trotz der genauesten Untersuchung niemals eine Spur von Syphilis gefunden werden konnte.

Aus der Literatur der letzten 45 Jahre werden noch 456 analoge Fälle angeführt, wovon 247 schon von Kassowitz berichtet sind. Die Schlüsse, welche Verf. aus allen angeführten Beobachtungen zieht, sind: 1. die Möglichkeit der Immunität der Mutter bei bestehender oder latenter Lues des Vaters und hereditärer Lues der Kinder; 2. die Abschwächung der Intensität der Infection mit den Jahren; 3. die Möglichkeit des Gedeihens der Kinder auch über das erste Jahr hinaus, nachdem schon in den ersten Wochen oder Monaten Symptome der Krankheit aufgetreten sind.



Einen neuen Beitrag zur Kenntniss der hereditären syphilitischen Gelenkentzündungen liefert Heubner (28) mit folgendem Falle:

Ein 2monatliches Kind erkrankte Anfang Mai 1880 mit starker die Athmung erschwerender Verschwellung der Nasenschleimhaut und reichlichem Ausfluss aus der Nase, etwa am 10. Mai erschien auf der bis dahin reinen Haut ein Ausschlag von Papeln. Die Gegend des linken Handgelenks und beider Fussgelenke erscheint geschwollen durch eine nach den Gelenken hin rasch zunehmende Auftreibung der Gelenkenden der Knochen (Tibia und Fibula an den Füssen, Radius und vielleicht auch Handwurzelknorpel an der linken Hand). Ueber dem linken Mall. ext. findet sich ein haselnussgrosser Abscess. Tod.

Bei der Section wurde auf die Gegend des linken Handgelenks von der Vola aus eingeschnitten. Hierbei entleeren sich schon vor Oeffnung des Gelenks einige Tropfen dicken Eiters, die aus mehreren kleinen im periarticulären Zellgewebe sitzenden Abscesschen stammen. Die Sehnenscheiden sind frei von Eiter. Nun wird das Radiocarpalgelenk geöffnet und erweist sich vollkommen normal, das Epiphysenende des Radius vielleicht etwas verdickt. Dagegen enthält das Gelenk zwischen 1. und 2. Handwurzelknochenreihe eine geringe Menge trüben röthlichen Eiters, die digitalwärts gewendete Synovialoberfläche der ersten Handwurzelreihe (Cartil. navicularis und lunat.) etwas verfärbt, rauh. —

Die untere Epiphyse des linken Femur ist etwas aufgetrieben und das Gewebe der Ossificationszone in mürbem Zustande, so dass beim Auslösen des Knochens eine theilweise Lösung der Epiphyse von der Diaphyse mit rauher Bruchfläche erfolgt. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Zone des wuchernden Knorpels erheblich verbreitert. Beim Lösen der linken Tibia kommt man unterhalb des inneren Condylus auf einen der Muskelfascie aufsitzenden bohnengrossen Abscess, welcher dicken gelben, nicht stinkenden Eiter enthält. An der oberen wie an der unteren Epiphyse der Tibia findet sich auf dem Durchschnitt ebenfalls eine deutliche Verbreiterung der wuchernden Knorpelschicht und zeigt sich die Ossificationsgrenze ebenfalls verbreitert und schwach gelblich verfärbt. Der Knorpel der unteren Epiphyse der Fibula ist durch ein röthliches Granulationsgewebe von der Diaphyse gelöst, keine Spur mehr von dem während des Lebens geöffneten Abscess dieser Gegend.

Die histologische Untersuchung der herausgenommenen Knochen



ergibt Folgendes: Die Zone der Knorpelzellensäulen an der oberen Epiphyse der Tibia beinahe um das Dreifache und die Ossificationsgrenze selbst ebenso ziemlich um das Dreifache breiter. Die Grenze der provisorischen Verkalkung gegen den Knorpel hin ist sehr unregelmässig. Nach der Diaphyse zu stösst an die Knorpelverkalkungszone ein an grossen Markräumen reiches und von schmalen und zarten, meist noch knorpelartigen Bälkchen schwach gestütztes spongiöses Gewebe. Die untere Epiphyse der Tibia verhält sich ähnlich; nur ist auch die Zone der sich richtenden Zellen etwas verbreitert, die übrigen Zonen aber auch ungleich stärker. Die vorgeschobenen Verkalkungsinseln weniger zahlreich, das spongioide Gewebe mürber. Die untere Epiphyse des Femur zeigt ebenfalls eine sehr starke Verbreiterung der Knorpelzellensäulenzone, eine erhebliche der sich richtenden Zellen, die Verkalkungszone sehr irregulär abgesetzt, aber ohne vorgeschobene Inseln, das diaphysenwärts gelegene spongioide Gewebe noch mürber als an der unteren Epiphyse der Tibia. Eine völlige Trennung der Epiphyse lag an dem unteren Ende der Fibula vor. Schnitte durch den Epiphysenknorpel liessen eine bedeutende Verbreiterung der Zellsäulenzone erkennen. An der oberen Epiphyse der Fibula endlich fand sich an den central gelegenen Partien eine volle Continuität zwischen Knochen und Knorpel nicht mehr vor.

Am Periost der Diaphysenenden und der Epiphysen waren bis auf mässige Verdickung keine auffälligen Abweichungen bemerkbar. Die Cartilago lunata von einem eigenthümlichen Faserwerk durchzogen, welches radienförmig von einem centralen Markraum (dem späteren Ossificationskern) ausging und nach der Peripherie zu baumförmig in immer feinere Zweige sich spaltete.

Als Nachtrag zu diesem Fall beschreibt der Verf. dann einen zweiten ganz ähnlichen, der ihm später zur Beobachtung kam, Pachymeningitis haemorrhagica bei hereditärer Syphilis. Hereditär syphilitische Kinder gehen zuweilen, nachdem die äusseren Symptome der Krankheit, Exanthem, Schleimhautplaques etc. zur Abheilung gelangt sind, unter Hirnerscheinungen zu Grunde. Man nahm als Ursache der letzteren gewöhnlich die Entwicklung eines Hydrocephalus an, und dass ein solcher bei unserer Erkrankung vorkommt, lehren sichere Beobachtungen. Dass man sich aber hüten muss, aus den hydrocephalischen Symptomen, die ein solches Kind während des Lebens erkennen lässt, jedesmal die Diagnose auf



Hydrocephalus zu stellen, und dass eine ganz andersartige Erkrankung des Schädelinhaltes bei der hereditären Syphilis vorkommen, einen acquirirten Hydrocephalus vortäuschen und den tödtlichen Ausgang allein oder zum Theil herbeiführen kann, erläutert H. durch die Krankengeschichte eines Kindes mit hereditärer Syphilis, bei welchem sich nach der 11. Woche eine Pachymeningitis haemorrhagica entwickelte, gleichzeitig eine neue Eruption von syphilitischen Flecken und von syphilitischem Schnupfen und in der 22. Woche der Tod erfolgte.

Veraguth beschreibt (29) zwei Fälle von hereditärer Syphilis, bei welchen ähnlich den von Haab 1875 geschilderten zwei Fällen (s. d. Vtljhschr. 1877, pag. 424) zweifellos die Spaltbildung bei Epiphysenerkrankung nicht im Knochen, sondern im Knorpel selbst und zwar vorzugsweise in seiner proliferirenden Zone stattfand und durch eine fibrilläre Zerklüftung der Grundsubstanz einerseits und abnorme Proliferation der Zellen andererseits bedingt war.

Parrot war in zahlreichen Publicationen zu dem überraschenden Resultate gelangt, „dass die Rhachitis constant durch hereditäre Syphilis veranlasst sei". Es sollte also die Rhachitis ein blosses Symptom der hereditären Syphilis sein. Die Anschauung Parrot's erfuhr von den meisten Seiten eine abfällige Beurtheilung. Lee und Barlow erklärten dagegen, es sei nicht die Rhachitis selbst, wohl aber die Craniotabes in allen Fällen nur ein Symptom der hereditären Syphilis, während sie auf der anderen Seite jeden Zusammenhang zwischen Craniotabes und Rhachitis in Abrede stellen wollen. Kassowitz hat nun (30) seinen Standpunkt in dieser Frage vor der pädiatrischen Section des Londoner medicinischen Congresses in folgender Weise präcisirt:

Das Wesen des rhachitischen Processes besteht nach ihm in einem chronischen, entzündlichen Vorgang, welcher an den Appositionsstellen der wachsenden fötalen und kindlichen Knochen seinen Ausgang nimmt. Dieser chronische Entzündungsprocess äussert sich vorwiegend in einer krankhaft gesteigerten Neubildung von Blutgefässen und in einer höchst auffälligen Blutüberfüllung sämmtlicher Gefässe in jenen Theilen des Knochensystems, in welchen eben die Bildung und Auflagerung neuer Knochentheile erfolgt, also vor Allem in der Knorpelwucherungsschichte der Chondroepiphysen, dann im Perichon-



drium und Periost und endlich in der Nahtsubstanz der Schädelknochen. Wenn nun die Auffassung des rhachitischen Processes als entzündlicher Vorgang auf richtiger Basis beruht, so liegt es auf der Hand, dass in dieser Weise die gesammten Erscheinungen der Rhachitis eine viel befriedigendere Erklärung finden als durch die bisherigen Theorien, welche fast ohne Ausnahme eine mangelhafte Zufuhr oder eine mangelhafte Assimilation der Kalksalze in dem Organismus zum Ausgangspunkt nehmen. Denn in dieser Weise wäre höchstens die mangelhafte Verkalkung der neugebildeten Knochentheile zu erklären. Für alle übrigen so ungemein auffälligen Veränderungen im rhachitisch afficirten Knochensystem, für die vermehrte und abnorm beschaffene Knorpelwucherung, für die bedeutend gesteigerten Einschmelzungsprocesse im Knorpel und Knochen, für die vermehrte Vascularisition sämmtlicher Gewebe, vollends für die mit einem etwaigen Kalkmangel so schwer zu vereinbarende Vermehrung der periostalen Knochenbildung sind uns die Kalktheorien jede Aufklärung schuldig geblieben. Ist nun ein Entzündungsprocess die Grundlage aller rhachitischen Erscheinungen im Knochensystem, so fragt es sich dann weiter: Wodurch wird jener entzündliche Vorgang in den knochenbildenden Geweben hervorgerufen? Warum kommt ein solcher gerade nur in den letzten Fötalmonaten und in den ersten Lebensjahren zur Entwicklung? Und schliesslich, warum ist es gerade das Knochensystem, welches in dieser Lebensperiode in so enormer Häufigkeit einem schleichenden Entzündungsprocesse anheimfällt? Verf. knüpft an die letzte Frage an, weil er zur Beantwortung derselben eine schwerwiegende Thatsache heranziehen kann, welche die ganze Lehre von dem Knochenwachsthume beherrscht. Er betrachtet es als eine unumstössliche Thatsache, dass das Knochengewebe sich durch seinen Wachsthumsmodus in fundamentaler Weise von allen übrigen Geweben des thierischen Körpers unterscheidet. Alle weichen Gewebe gewinnen nämlich dadurch an Volumen, dass ihre sämmtlichen Gewebsbestandtheile sich vergrössern und vermehren und dass fortwährend zwischen den bereits vorhandenen sich neue Gewebstheile bilden. Ein solches expansives Wachsthum ist aber für das starre und unausdehnbare Knochengewebe schon von vorneherein aus rein physikalischen Gründen gänzlich ausgeschlossen und haben auch die histologischen Untersuchungen den Beweis geliefert, dass der Knochen ausschliesslich durch Auflagerung neuer Knochentheile auf die Oberfläche der



bereits erhärteten Knochen wächst. Vergleicht man nun das Wachsthum an den Appositionsstellen der Knochen mit dem Wachsthum eines gleich grossen Bruchstückes aus irgend einem in allen seinen Theilen gleichmässig expansiv wachsenden Organe, so wird man an jenen eine ganz colossale Steigerung der Wachsthumsenergie zu constatiren haben, insbesondere wenn man die Apposition an einem intensiv wachsenden Knochenende eines langen Extremitätenknochens oder einer Rippe zum Vergleiche heranzieht. Damit ist aber auch nothwendigerweise eine bedeutende Abweichung in der Vertheilung der Ernährungssäfte in den Knochen, im Vergleiche mit allen übrigen expansiv wachsenden Organen des thierischen Körpers, gegeben. Während z. B. die fötale oder kindliche Leber in allen ihren Theilen nahezu gleichmässig wächst und daher auch die Ernährungssäfte offenbar allen Theilen des Organes ganz gleichmässig zugeführt werden, muss das Ernährungsmaterial der Knochen, so weit es zum Wachsthum verwendet werden soll, fast ausschliesslich zu den Knorpelwucherungsschichten und in etwas geringerem Masse zu der Wucherungsschichte der Beinhaut hinströmen, während dem ganzen übrigen voluminösen Skelettheile nur jene relativ untergeordnete Menge an Ernährungssäften zugeführt wird, welche für den Lebensunterhalt der bereits erhärteten und daher eines weiteren Wachsthums unfähigen Theile des Knochens ausreichend sind. Ein krankhafter Reiz, welcher den Gesammtorganismus in der Zeit des lebhaftesten Längenwachsthums, also in den letzten Fötalmonaten und in den allerersten Lebensjahren trifft, wird somit gerade an den Knochen, und insbesondere an den Appositionsstellen jener Knochenenden, welche eine besonders lebhafte Wachsthumsenergie aufweisen, in vielfachem Grade potenzirt werden, und es kann also in dieser Weise sehr leicht Anlass gegeben werden zu der Entstehung und Erhaltung jenes entzündlichen Zustandes der Gefässe und Gewebe, welchen wir gerade an jenen Stellen bei der Rachitis de facto beobachten. Wenn wir uns nun weiter fragen, wodurch jene abnormen Bestandtheile und krankhaften Reize in der Blut- und Säftemasse der Rhachitischen entstehen, so müssen wir zunächst die Umstände erwägen, unter denen die Rhachitis überhaupt zu Stande kommt. Soweit uns nun die klinische Erfahrung hierüber belehren kann, sind diese Umstände hauptsächlich die folgenden:

1. Die Rhachitis ist vorwiegend eine Krankheit der Armuth.



2. Die Hauptrolle in der Aetiologie der Rhachitis muss nach den Erfahrungen von K. sicherlich den elenden Wohnungsverhältnissen des Proletariats zugeschrieben werden.

3. Die schlechte Beschaffenheit der Nahrung rangirt unter den ursächlichen Momenten, wenigstens bei dem Beobachtungsmateriale des Verf., entschieden erst in zweiter Linie, wobei jedoch die grosse Bedeutung der fehlerhaften Ernährung für die Entstehung der Rhachitis keineswegs unterschätzt werden soll.

4. Eine jede, den allgemeinen Ernährungszustand des Kindes beeinträchtigende Erkrankung, insbesondere die chronischen Affectionen der Respirations- und Verdauungsorgane, begünstigen in auffälliger Weise die Entstehung der Rhachitis.

5. Die Rhachitis beginnt viel häufiger, als man früher angenommen hat, bereits in den letzten Monaten der intrauterinen Entwicklung. Die todtgeborenen und frühverstorbenen Kinder der Gebär- und Findelanstalt ergaben dem Verf. schon bei der makroskopischen Untersuchung der rasch wachsenden Knochenenden, noch deutlicher aber unter dem Mikroskope, in einem sehr bedeutenden Percentverhältnisse ganz deutlich nachweisbare Zeichen der rhachitischen Erkrankung. Auch bei lebenden Kindern konnte er ungemein häufig bereits in den ersten Lebenswochen so deutlich greifbare Veränderungen im Knochensystem nachweisen, dass er den Zeitpunkt ihrer Entstehung unbedingt in die intrauterine Periode zurückverlegen musste. Aus alledem geht mindestens das Eine mit voller Sicherheit hervor, dass nicht etwa eine einzige bestimmte Schädlichkeit die Rhachitis hervorruft, sondern, dass offenbar eine jede wie immer entstandene krankhafte Beschaffenheit der Säftemasse in der Periode des energischesten Längenwachsthums im Stande ist, jenen entzündlichen Vorgang hervorzurufen.

Wenn diese neue Theorie der Rhachitis die richtige ist, dann ergibt sich das Verhältniss der Syphilis hereditaria zu der Rhachitis ganz von selbst. Wie immer man sich nämlich das syphilitische Virus vorstellen mag, so kann es doch nicht zweifelhaft sein, dass dasselbe in der Blut- und Säftemasse vertheilt ist, und dass es befähigt ist, in den verschiedenen Organen und Geweben Entzündungsprocesse hervorzurufen. Dass dieses Gift auch im Knochensysteme des Fötus und des Neugeborenen Entzündungs- und Zerstörungsprocesse herbeiführt, und dass diese eben insbesondere an jenen Knochenenden her-

vortreten, welche ein lebhafteres Längenwachsthum besitzen, ist durch die Untersuchungen der letzten Jahre hinlänglich bekannt geworden. Die Syphilis ist also eine der vielen Ursachen der Rhachitis. Wenn aber Parrot sagt, die Rhachitis beruhe immer auf Syphilis, so macht Verf. darauf aufmerksam, dass mehr als 80 Percent sämmtlicher jahraus jahrein vorgestellter Kinder unter drei Jahren zweifellos rhachitisch sind. Glaubt wirklich Jemand, dass 80 Percent unserer jugendlichen Bevölkerung mit hereditärer Syphilis behaftet ist? Genau so verhält es sich mit der Behauptung von Lee und Barlow, welche jede Craniotabes als ein Zeichen von Syphilis ansehen wollen. Aber wenn es sich auch hier um etwas kleinere Zahlen handelt — weil ja nicht alle Rhachitischen auch mit Schädelerweichung behaftet sind — so ist diese Auffassung noch weniger verständlich, weil man das Symptom der Knochenerweichung am Cranium von jenen der rhachitischen Erweichung der anderen Skelettheile nicht ablösen kann. Wer jemals einen Durchschnitt durch die erweichten Theile eines Schädelknochens mit einem Querschnitt durch eine hochgradig rhachitische Rippe unter dem Mikroskope verglichen hat, wird sicher nicht mehr an der Identität beider Processe zweifeln. In der That ist die Craniotabes eines der allerhäufigsten Symptome der rhachitischen Knochenaffection im ersten Lebensjahre. Von 100 Kindern unter einem Jahre, welche im April d. J. in dem Ambulatorium des Verf. vorgestellt wurden, waren 84 zweifellos rhachitisch und nur 16 entweder ganz frei, oder wenigstens nicht mit zweifellosen Erscheinungen behaftet. Von den 84 Rhachitischen hatten 47 auch deutliche erweichte Schädelknochen. — Von denselben 100 Kindern waren aber nur 3 hereditär syphilitisch, bei allen anderen ergab weder die Untersuchung noch die bei vielen durch längere Zeit fortgesetzte Beobachtung, noch die Anamnese, noch auch die häufig mögliche Confrontation ihrer Geschwister irgend einen Anhaltspunkt für die Annahme einer syphilitischen Erkrankung. Die 3 hereditär syphilitischen waren allerdings auch insgesammt schon deutlich rhachitisch, und 2 derselben hatten auch erweichte Schädelknochen. Diesen gegenüber stehen aber 45 Kinder mit Craniotabes ohne irgend ein Zeichen von hereditärer Syphilis. Diese Zahlen, welche mit geringen Abweichungen sich immer wiederholen, sprechen also entschieden zu Ungunsten der beiden neuen Theorien, welche ja ohnehin, abgesehen von den widersprechenden Thatsachen, an einem hohen Grade von innerer Unwahrscheinlichkeit



kranken. Das Verhältniss zwischen hereditärer Syphilis und Rhachitis lässt sich vielmehr in ungezwungener Weise darin zusammenfassen, dass das syphilitische Virus, ebenso wie zahlreiche andere hämatogene Noxen, ganz besonders häufig an den Stellen der lebhaftesten Knochenapposition entzündungserregend wirkt, und dass es daher ebenso wie jene im Stande ist, den rhachitischen Process einzuleiten und zu unterhalten.

31. **Froehling.** Cascara Amarga gegen Syphilis. (La France med. Nr. 35, 1881. — Ther. Gaz. Juni 1881.)
32. **Edson.** Folia Carobae gegen Syphilis. (Chicago med. Times 1881.)
33. **Baird.** Berberis aquifolium gegen Syphilis (Ther. Gaz. Juni 1881.)
34. **Martineau.** Verbreitung und Prophylaxe der Syphilis. (L' Union 48. 1881.)
35. **Schmidt. Ein Beitrag zur Frage der Elimination des Quecksilbers aus dem Körper, mit Berücksichtigung des Speichels.** (Diss. Dorpat 1879. — Centralbl. für Chirurg. Nr. 50, 1881.)

Cascara Amarga, seit 4 Jahren in Baltimore durch Dr. Froehling aus Mexico (**31**) bekannt, ist die Rinde eines Baumes in Honduras (Genus Picramnia). Das flüssige Extract wird gegen secundäre Syphilis 30—50 Tropfen 3 Mal täglich bei Erwachsenen angewendet. Angeblich sollen die Erscheinungen sehr schnell schwinden und die tonischen Wirkungen des Mittels überdies auffällig sein.

In einem Falle von Iritis spec. soll nach Reuling eine eclatante Besserung schon nach 3 Tagen (3 Mal täglich 40 Tropfen des flüssigen Extracts) eingetreten und es auch nach Aussetzen der Atropin-Instillationen ins Auge beim blossen Gebrauch der Cascara bis zu völliger Heilung gekommen sein.

Edson empfiehlt (**32**) Folia Carobae aus Brasilien, welche durch Apotheker Camill Weber nach Leipzig gebracht und jetzt in die franz. Pharmakopöe aufgenommen sein sollen. Flüssiges Caroba-Extract 3 Mal täglich 15 bis 60 Tropfen bei secundärer Syphilis, besonders alten Formen. Zugleich Tonicum und Alterans, wie alle als antisyphilitisch gepriesenen Mittel.



(Näheres über dieses Mittel und seine pharmakognostischen Eigenschaften ist uns nicht bekannt. A.)

Nach Angabe eines Arztes (Dr. Baird) in Moscow, Tennessee, (33) soll Berberis aquifolium ein gutes Mittel gegen secundäre Syphilis sein. Er verschrieb in zwei Fällen Rp. Berberis aquifol. Fluid. mit Kali hydrojod. unc. duas und Syrup zu einer Mixtur, von welcher, nachdem sie aufgeschüttelt worden, dreimal täglich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen war.

Ein Seitenstück zu der in dieser Vierteljahresschrift 1881, Heft 4 skizzirten Arbeit von Sigmund bildet die Abhandlung von Martineau (34). Sie verdient Beachtung, weil sie das gleiche Ziel erstrebend, auf kürzerem Wege die Einschränkung der Syphilis-Verbreitung erlangen will. Martineau's Gedankengang ist etwa folgender:

Alle Gesetze und administrativen Bestimmungen müssen basiren auf der absoluten Wahrung der persönlichen Freiheit. Aber die Gesellschaft hat auch das Recht und die Pflicht, sich gegen Ausschreitungen dieser persönlichen Freiheit aufzulehnen und zu vertheidigen. Gegen die offenkundigen Gefahren ist dies leicht durchzuführen; schwer aber gegen die im Verborgenen wirkenden. Am gefährlichsten ist die auf dem Wege der clandestinen Prostitution in die Gesellschaft eindringende Syphilis. Weder Prostitution noch Syphilis sind Verbrechen; aber wie das Gesetz uns gegen den Verfälscher von Nahrungsmitteln zu schützen suchte, so muss auch die Frau, die mit ihrem Körper Handel treibt, unter dieselbe Gesetzeswirksamkeit fallen. Solange allerdings Nachfrage existirt, wird es auch Angebote geben; weil aber die Nachfrage unglücklicherweise nicht zu unterdrücken ist, muss das angebotene Object möglichst rein und gesund erhalten bleiben. Deshalb muss die clandestine Prostitution bekämpft werden, nicht um die Toleranzhäuser zu vermehren, die hier ausser Frage bleiben, sondern um die Zahl der Frauen zu vermindern, die der Controlle sich entziehen.

Um für Paris speciell die Wichtigkeit dieser Frage und den enormen Einfluss der clandestinen Prostitution auf die Verbreitung der Syphilis und demzufolge auf die Gesundheit der Bevölkerung zu verstehen, genügt das genauere Studium der Verhältnisse des Spitals Lourcine, welches von nicht unter polizeilicher Controlle stehenden

weiblichen syphilitischen Kranken frequentirt wird. Im Jahre 1871 wurden darin aufgenommen 1460 Personen, 1872 1461. Während sich die Zahl in den folgenden 5 Jahren bedeutend verminderte, stieg sie im Jahre 1878 auf 1471, 1879 auf 1782, 1880 auf 1904, also um 433 mehr in 3 Jahren.

Es verminderte sich aber, was die Sache noch verschlimmert, die Zahl der Behandlungstage von 77.862 im Jahre 1878 auf 76.281 im Jahre 1880. Und während 1879 von 1782 Aufgenommenen 508 ungeheilt das Spital verliessen, ergeben sich für 1880 618, die ungeheilt zu ihrer Beschäftigung als clandestine Prostituirte zurückkehrten.

Die von Lourcine als ungeheilt Austretenden werden der Polizeipräfectur signalisirt. Sie treten unter die Obwacht der Polizei; dieselbe hat aber kein Recht über sie, so lange sie nicht auf offener Strasse sich directe und häufig wiederholte Provocationen zu Schulden kommen lassen. Es entgeht also die clandestine Prostitution jeglicher ärztlicher Untersuchung, die sich nur auf die eingeschriebenen Frauen erstreckt.

Es ist ersichtlich, dass solchen abnormen Verhältnissen gegenüber das allgemeine Interesse Abhilfe verlangt, gerade so, wie sie gegenüber Geisteskrankheiten, ansteckenden Seuchen, Pest, Typhus, Cholera, gelbem Fieber, wie sie gegenüber Attentaten auf die öffentliche Sicherheit und Ruhe gesucht und gefunden wird.

Als die Mittel, die nöthig sind, hier Remedur zu schaffen, stellt Martineau folgende zwei auf:

1. Etablirung von Consultationen in den Dispensiranstalten mit unentgeltlicher Verabreichung von Medicamenten und Bädern.

2. Errichtung eines Spitals, in welchem die internirten Kranken bis zu ihrer Genesung oder wenigstens bis zum Verschwinden des ansteckenden Charakters ihrer Erkrankung zurückzuhalten sind. Polizeiliche Einmischung bleibt ausgeschlossen.

Die unter Nr. 1. aufgestellte Forderung reicht erfahrungsgemäss für sich allein nicht aus. Es muss Nr. 2 hinzutreten, weil unter den jetzt obwaltenden Verhältnissen manche bei der Polizei eingeschriebenen Prostituirten, regelmässiger, ärztlicher Controlle unterworfen sind und nur sie, wenn erkrankt gefunden, im Spital Saint-Lazaire bis zur vollkommenen Genesung internirt werden.

Jede aber in das neugegründete Spital Eingetretene, würde,



falls sie ohne Genesung abzuwarten dasselbe verliesse, alsdann von der Polizei an Saint-Lazaire abzuliefern und dort als in die Controlle eingeschrieben zurückzuhalten sein.

Endlich ist auch Rücksicht zu nehmen auf die wichtige Rolle, die neben der inficirten Frau der syphilitisch erkrankte Mann für die Verbreitung der Syphilis spielt. Um diese nach Kräften schadlos zu machen, müssen die in den Gefängnissen Befindlichen ärztlicher Untersuchung und wenn nöthig der Behandlung in einem dafür bestimmten Spital unterzogen werden.

Denn es darf nicht unter dem Deckmantel einer grossen Idee: „Respect vor der persönlichen Freiheit", ein Uebermass von Sentimentalität zu einem Uebermass von Unvorsichtigkeit auswachsen.

Schumacher II. (Aachen.)

Unter Leitung von Frdr. Hoffmann hat Schmidt (35) von 14 Personen, von denen 7 mit subcutanen Sublimatinjectionen, 6 mit Ungt. ciner. und eine mit Calomel innerlich behandelt wurde, Harn, Fäces und Speichel qualitativ und quantitativ (nach dem Verfahren von Schneider) auf Hg untersucht. Der zu analysirende Gesammtspeichel wurde, namentlich beim Gebrauche des Ungt. ciner., unter den äussersten Cautelen gesammelt und in 3 Fällen reiner Parotidenspeichel untersucht. Im Gegensatz zu Kletzinsky, der im mercurhaltigen Harn stets Eiweiss und Zucker gefunden zu haben angibt, hat Verf. keine der beiden Substanzen, selbst bei den grössten im Harne befindlichen Hg-Mengen, in demselben nachweisen können.

Zu den subcutanen Einspritzungen diente das Bamberger'sche Sublimatpepton in $1\frac{1}{2}$—2%iger Lösung (eine Pravaz'sche Spritze p. d.). Sehr rasch trat bei dieser Applicationsweise Hg in namhafter Menge im Urin auf. Nachdem zweimal $\frac{1}{5}$ Gran $HgCl_2$ subcutan eingespritzt waren, gelang der qualitative Nachweis von Hg in 100 Ccm. Harn, und bei der gleichen Dosis täglich die quantitative Bestimmung von Hg in dem vom 3.—8. Tage entleerten Urin; bei Fortgebrauch des Sublimats nahm dann die Quecksilbermenge im Harn noch zu und die Differenzen des Hg-Gehaltes bei verschiedenen Patienten waren unbeträchtlich. Unter den 7 subcutan behandelten Fällen war in der Mehrzahl während der Kur kein Quecksilber im Gesammtspeichel vorhanden; in 2 Fällen konnten je einmal Spuren des Metalls constatirt werden, ohne dass Stomatitis und Salivation vorhanden war. — Bei



einem Individuum kam es zu Stomatitis, wobei die im Speichel auftretenden Hg-Mengen sehr gering waren.

Bei der grauen Salbe war die absolute Hg-Menge, die im Verlaufe der Kur im Harn auftrat, unter sonstigen gleichen Verhältnissen sehr verschieden. Verf. konnte in einem Falle bei Gebrauch einer halben Drachme Ungt. ciner. pro dosi et die am 28. und 29. Tage in 500 Ccm. Urin Hg nachweisen; in einem anderen erhielt er schon in 150 Ccm. eine unzweifelhafte Reaction, jedenfalls aber stand bei endermatischer Application einer Drachme grauer Salbe pro die der absolute Quecksilbergehalt des Harnes bedeutend unter den Werthen, die bei täglicher subcutaner Einspritzung von $^{1}/_{5}$ Gran Sublimat nach derselben Zeit erhalten wurden. Bei länger fortgesetztem Gebrauch des Ungt. cin. cumulirte aber die Mercurmenge im Urin beträchtlich.

Unter 6 Individuen, die mit Ungt. cin. behandelt waren, konnte 3 Mal kein Hg im Speichel nachgewiesen werden, 2 Mal wurde Hg gefunden, ohne dass Stomatitis oder Salivation vorhanden war, und einmal bei vorhandener mässiger Salivation. In letzterem Falle ergaben 7,24 Grm. Parotidenspeichel keine Hg-Reaction.

Bei 111 Grm. Calomel pro die war die im Harn erscheinende Hg-Menge nicht unbeträchtlich, und es stand das Präparat in dieser Beziehung zwischen Sublimat ($^{1}/_{5}$ Grm. pro die) und Ungt. cin. (31 pro die), sich mehr zu ersterem hinneigend. Dies galt auch für das erste Auftreten von Hg im Urin bei Calomelgebrauch (in genannter Dosis); denn bereits am vierten Tage erhielt Verf. in 300 Ccm. Harn durch die Elektrolyse ein positives Resultat. Ein Individuum, das mit Calomel zu 1 Grm. 3 Mal täglich behandelt wurde, wobei Kali chlor. oder ein anderes Mundwasser nicht verordnet war, bekam am 36. Tage Stomatitis und geringe Salivation; 20,0 Grm. Parotidenspeichel von demselben (vom 45.—47. Tage der Behandlung gesammelt) ergaben geringe Hg-Reaction.

Bezüglich der Schmier- und subcutanen Sublimatkur stellt Verf. den Satz auf: „Die während der Behandlung den Körper passirenden und in den Excreten wieder erscheinenden Hg-Mengen können bei antisyphilitischen Mercurialkuren innerhalb weiter Grenzen differiren, ohne dass die Dauer der Behandlung und der Effect dadurch wesentlich beeinflusst würde“.

In drei ferneren Versuchen an Hunden hat Verf. besonders auf die Quecksilber-Elimination durch den Speichel sein Augenmerk ge-



richtet, um die am Menschen gewonnenen Resultate möglichst zu ergänzen. Es ergab sich, dass beim Hunde, ebenso wie beim Menschen, die Speicheldrüsen als Eliminationsorgane des Quecksilbers eine entschieden untergeordnete Rolle spielen, und dass Hg hauptsächlich durch den Darmkanal und die Nieren ausgeschieden wurde: Beim ersten 12610 Grm. schweren mittelgrossen Hunde war täglich $^1/_2$ Grm. $HgCl_2$ eingespritzt worden und der am 3. und 5. Tage gesammelte Speichel war Hg-frei. Bei dem zweiten mittelgrossen, 2jährigen Hunde von 16810 Grm. Gewicht konnte trotz lange fortgesetzter subcutaner Sublimat-Injectionen nur einmal, am 35. und 36. Tage, nachdem das Thier 7,9 Gran $HgCl_2$ bekommen hatte, die Gegenwart von Hg im Speichel eben constatirt werden, während 12 Tage darauf die Elektrolyse ein negatives Resultat ergab. Im dritten Versuche, bei einer 3jährigen Hündin von 23400 Grm. Gewicht, gelang es Verf. bereits am 7. Tage, nachdem $3^2/_5$ Gran Sublimat subcutan eingespritzt worden waren, in 44,3 Grm. Speichel Hg nachzuweisen; doch würde in der der halben Speichelqualität sich keine Reaction ergeben haben.

Eine Untersuchung der Speicheldrüsen selbst auf Hg ergab im ersten Versuche, wo alle 6 Drüsen zu einer Mercur-Analyse verwandt wurden, einen schwachen Hg-Gehalt; im dritten Versuche, wo nur die Speicheldrüsen der einen Seite diesem Zwecke dienten, konnte Verf. kein Hg nachweisen, und ebenso wenig beim zweiten Hunde, wo die linke Parotis einerseits und andererseits die linke Submaxillaris und Sublingualis analysirt wurden.



Buchanzeigen und Besprechungen.

Leloir: Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. Paris 1882, Delahaye et Lecarnier. 8. 200 pag.

Besprochen von Prof. Auspitz.

Leloir's Arbeit unter obigem Titel stellt sich die Aufgabe, „jene Hautaffectionen zu studiren, deren nervöser Ursprung durch anatomische Untersuchungen wirklich nachgewiesen ist, mit Beiseitelassung derjenigen, welche solcher Untersuchungen ermangeln, wenn auch ihr nervöser Ursprung in gewissen Fällen vorausgesetzt werden könnte".

Diese Art des Verfassers, seine Aufgabe zu fixiren, verdient die vollste Billigung sowohl der Anatomen als der Kliniker. Wir wollen nun in kurzer Beleuchtung die vom Autor selbst aus seinen eigenen zahlreichen und gewissenhaften anatomischen Studien sowie aus jenen Anderer gezogenen Schlüsse resumiren und uns darüber Rechenschaft geben, in wie weit Leloir seiner Aufgabe im vorliegenden Buche entsprochen hat.

Das erste Kapitel des Buches behandelt ganz allgemein die klinischen Thatsachen, auf welche man sich bei Behauptung des nervösen Ursprungs gewisser Hautaffectionen stützen könne. Hauptsächlich rechnet L. hieher die Häufigkeit von Neuralgien und Sensibilitätsstörungen überhaupt bei gewissen Dermatosen — die topographische Vertheilung der Eruptionen (Symmetrie etc.) und ihr Verhältniss zur Vertheilung der peripheren Nerven — das Ausbleiben von trophischen Störungen an der Haut auf gelähmten Partien. So sehr der Verf. nun geneigt ist, Werth auf diese klinischen Momente zu legen, hat er doch das richtige Gefühl, dass es schliesslich für die Frage des nervösen Ursprungs in allererster Linie auf die pathologischen Befunde ankommt. Wir unsererseits müssen überdies die



angeführten klinischen Momente zum Theil für irrelevant, zum Theil für von vielen Seiten unrichtig gedeutet erklären. Der grösste Theil der auf die Nervenvertheilung gestützten Behauptungen z. B. ist hinfällig, weil die Nervenvertheilung in der embryonalen Anlage ganz analog mit jener der anderen Gewebe: der Bindegewebszüge, der Gefässe u. s. w. vor sich geht und die Richtungslinien der peripheren Nerven im Ganzen auch mit jenen dieser letzteren Gewebe zusammenfallen. In der That aber wird die ganze theoretische Deduction, soweit sie sich auf klinische Basis stützt, grossentheils durch diejenigen Angaben über den Haufen geworfen, welche bisher wirklich von der pathol. Anatomie über die Nervenursprungsfrage geliefert worden sind. Denn gerade diese Angaben beziehen sich zum Theil auf Krankheitsformen, bei welchen derlei klinische Voraussetzungen nicht geltend gemacht werden können, wie die folgenden Kapitel des Buches zeigen.

Im zweiten Kapitel, welches hauptsächlich der anatomischen Technik bei Untersuchung der Hautnerven gewidmet ist, sucht der Verf. zunächst zwei Einwände zu entkräften, welche für die Annahme des nervösen Ursprungs vieler Hautkrankheiten gefährlich sein könnten: 1. Dass sich auch bei gesunder Haut veränderte und atrophische Nervenfasern in der Haut und den Spinalwurzeln nachweisen lassen. 2. Dass die Veränderungen an den peripheren Nerven bei Hautkrankheiten secundär, d. h. durch die trophischen Störungen in der Haut local begründet seien, dass also ein primärer nervöser Ursprung der Erkrankungen in solchen Fällen nicht anzunehmen sei. Gegen den ersten Einwurf führt er an, dass er selbst bei genauen Untersuchungen weder in den Rückenmarkswurzeln noch in den peripheren Nerven bei normaler Haut degenerirte Fasern habe nachweisen können. Wir wollen sogleich hinzufügen, dass wir bei aller Achtung vor dem wissenschaftlichen Eifer des Verf. doch die gerade entgegengesetzten Angaben eines verdienten älteren Forschers, Sigmund Mayer in Prag, welche derselbe jüngst (Ueber die Vorgänge der Degeneration und Regeneration im unversehrten peripherischen Nervensystem; Zeitschr. f. Heilk. Prag. 2. Bd. 1881) publicirte, für richtiger halten, um so mehr als sie sich nicht blos auf das Nervensystem des Menschen, sondern der Wirbelthiere überhaupt beziehen und das schrittweise Untergehen der einzelnen Fasern als allgemeinen Wachsthums-Typus bestimmt erkennen lassen. Immerhin muss daher ein Urtheil über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein



einer Nervendegeneration vom Quantum der sich degenerirt erweisenden Fasern abhängig gemacht werden und es ist damit die Schwierigkeit dieser Bestimmung in einzelnen Fällen genügend gekennzeichnet.

Um den zweiten Einwurf zu entkräften, hat der Verf. die Haut von verschiedenen Hautaffectionen selbst untersucht oder die Untersuchungs-Resultate Anderer angeführt „auxquelles on ne pouvait evidemment attribuer une origine nerveuse“ und zwar: von alten Psoriasis-Plaques, von tuberculösem Lupus, von Lupus erythematodes, von Ecthyma (in anderen Fällen von Ecthyma hat Verf. das Gegentheil gefunden, wie später erwähnt werden wird), Epitheliom, Hautgumma u. s. w. und darin keine degenerirten Fasern auffinden können.

Man sieht sofort bei Vergleichung dieser Resultate mit den oben französisch citirten Worten des Verf. den Circulus vitiosus, in welchem sich derselbe bewegt. Denn das negative Resultat beweist weder Etwas für noch gegen den Einwurf, dass die Nervenalterationen blos secundär seien; hätten aber der Verf. oder seine Collegen positive Untersuchungs-Resultate erhalten, so würde dies für den nervösen Ursprung der Affectionen, aber eben so wenig als der frühere Fall gegen die secundäre Natur derselben gesprochen haben. Fügen wir nun noch hinzu, dass von einzelnen Forschern, z. B. von Jarisch bei Syphilisfällen, von Leloir und Dejerine selber bei Ecthymafällen u. s. w. in der That Nervendegeneration demonstrirt worden ist, also gerade in Fällen, welche in das obige Citat hineingehören — so müssen wir den Versuch Leloir's, die beiden Einwürfe zu entkräften, für gescheitert ansehen.

Hiemit steht für uns im Allgemeinen fest, dass sowohl die klinische Beobachtung, als die patholog.-anatomischen Untersuchungen, auf welche sich der Verf. stützt, von schwerwiegenden Fehlern der Methode keineswegs frei sind und dass daher die bisherigen Resultate beider nur für einige eclatante Formen (z. B. die Zona und einige andere) als wissenschaftlich gerechtfertigte Beweise des nervösen Ursprungs angesehen werden dürfen.

Das dritte Kapitel geht nun zur Schilderung jener Dermatosen über, bei welchen man anatomische Veränderungen des centralen und peripheren Nervensystems hat beobachten können. Zunächst führt der Vf. die Vitiligo als solche auf und beschreibt drei von ihm und Déjerine untersuchte Fälle. Die Behauptung des Vf., dass Vitiligo häufig

bei Geisteskranken vorkomme, halte ich für entschieden irrthümlich, ebenso wie jene von Bulkley und Barthelemy, welche bei Ataktischen häufig Vitiligo gesehen haben wollen. In den drei untersuchten Fällen fand sich an den Nerven die sogenannte Neuritis parenchymatosa, Schwund des Axencylinders, partielle Auftreibung der eine gelbliche Masse enthaltenden Schwann'schen Scheide durch Marktropfen an einzelnen Fasern, an anderen schon völliger Schwund des Myceliums und des Axencylinders. Allein offenbar war — im ersten dieser Fälle (Obs. VI) beschreibt es der Verf. direct — nicht blos Schwund der Nerven, sondern auch Atrophie der anderen Gewebspartien innerhalb der Vitiligoflecke, der Schweissdrüsen, der Gefässe neben jenem des Pigments vorhanden, was den Nervenbefund vollkommen zu erklären geeignet ist, ohne dass wir daraus die primäre Natur desselben, d. h. die Definition der Vitiligo als eine Nervenerkrankung im engern Sinne unmittelbar folgern möchten.

Der Autor geht dann zur Ichthyose über und beschreibt zunächst einige klinische Fälle von angeblicher Ichthyose. Aber der erste Fall ist — wir verweisen auf die Beschreibung des Autors selbst — gar kein Fall von Ichthyose, sondern eine Hypertrophie einer Hautpartie in Folge einer traumatischen Neuritis des Nervus cubitalis, der zweite ein eben solcher Zustand in Folge einer Verletzung eines Zeigefinger-Nervenastes. Bei den anderen handelt es sich immer um solche von der Ichthyose doch wesentlich verschiedene trophische Störungen localer Art, welche von nervösen Leiden ausgehen. — Was nun aber die beiden von ihm selbst untersuchten Fälle von Ichthyosis serpentina generalis betrifft (Obs. 14 u. 15), so handelt es sich hier um Fälle von allgemeiner Cachexie und Blasenbildung an der Haut (Pemphigus?) bei Individuen, welche, wie dies so häufig vorkommt, einen leichten ichthyotischen Zustand der Haut seit ihrer Geburt gezeigt hatten. Der Nervenbefund ist offenbar in beiden Fällen nicht auf diese letzteren, sondern auf den cachektischen Zustand der Haut, welcher zufällig mit der Ichthyose zusammengetroffen war, zu beziehen.

Weiter hat der Verf. zwei Fälle von Ecthyma untersucht und bei beiden Degeneration an den peripheren Nervenenden, beim ersten auch an den hinteren Wurzeln gefunden. In beiden Fällen war klinisch eine centrale Erkrankung (allgemeine Paralyse, rechtsseitige Hemiplegie) vorhanden. Der Schluss des Verf. „dass gewisse Ecthymafälle nervösen Ursprungs in Zusammenhang mit Degenerationen der Hautnerven



und bisweilen der hinteren Wurzeln und des Rückenmarks selbst seien", ist demnach nicht in dieser allgemeinen Form annehmbar, sondern soll richtiger lauten: Bei gewissen centralen Nervenleiden kommen auch Läsionen peripherer Nerven und mit ihnen zugleich trophische Störungen der Haut in Form von Ecthymapusteln vor — was keineswegs, wie der Autor behauptet, als eine bisher unbekannte Thatsache angesehen werden kann.

Weiter beschreibt Verf. einen Fall von Pemphigus chronicus, den er selbst untersucht hat — ein Individuum mit Exfoliation der Haut, lange Zeit fortdauernder Blasenformation, ausgesprochener allgemeiner Cachexie und interstitieller Nephritis. Im Niveau der Blase fand der Verf. degenerirende Nervenfasern, aber auch solche in Regeneration (!), was er, anstatt es als physiologische Entwicklung im Sinne S. Mayer's zu deuten, für die Ursache des chronischen Verlaufes und der „Oscillationen" zwischen Heilung und Recidiven ansieht. Von gesunden Hautstellen scheinen die peripheren Nerven nicht untersucht worden zu sein, was bei dem cachektischen Zustande der ganzen Haut offenbar nöthig gewesen wäre.

Was der Verf. über acuten Pemphigus sagt, beruht nur auf Argumentationen aus der Literatur, freilich hie und da nicht ohne Gewaltsamkeit, wie ja z. B. der höchst wichtige, von Jarisch als Herpes Iris geschilderte Fall mit Rückenmarksaffectionen von L. kurzweg als Pemphigus acutus aufgeführt wird.

Weiter hat der Verf. in mehreren Fällen von acuter Hautgangrän, ferner in einem Fall von Lepra parenchymatöse und interstitielle Neuritis peripherer Nerven als primäre Affection gefunden. Das Rückenmark war in letzterem Falle gesund.

Das Malum perforans, die Zona, sind nach dem Verf., ohne dass er selbstständige Untersuchungen beibringt, sicher nervösen Ursprungs, von Eczem hält dies der Verf. nicht für bewiesen.

Am Ende gibt der Verf. zu, dass der Schluss von den geschilderten Fällen verschiedener Erkrankungen der Haut mit Nervendegeneration auf eine Giltigkeit dieses Zusammenhanges für alle Fälle derselben Erkrankungsform nicht gemacht werden dürfe, „da dieselben Wirkungen von verschiedenen Ursachen abhängen können". Wir sind damit um so mehr einverstanden, als wir in der That die Meinung des Verf., als wäre durch seine Untersuchungen ein Beweis selbst für die von ihm beschriebenen Fälle hergestellt worden, nicht theilen kön-



nen. Die theils anatomischen, theils klinischen Gründe hiefür sind oben in Kürze angedeutet worden. Die Wichtigkeit der Sache und die unter allen Umständen mit grosser Sorgfalt und aussergewöhnlicher Beharrlichkeit vom Verf. durchgeführte Arbeit werden gleichwohl zur Erklärung ausreichen, dass wir das Buch Leloir's in einer mehr als blos referirenden Weise der Erörterung unterzogen haben.

Dr. Carl Lechner: Zur Pathogenese der Gehirnblutungen der luetischen Frühformen. Wien, Töplitz & Deuticke. 1881. 77 pag. Sep. Abdr. aus d. Jahrb. f. Psychiatrie. II. Bd.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

Lechner behandelt, auf zahlreiche Erfahrungen und genaue Literaturkenntniss gestützt, Gehirnblutungen, wie dieselben in den frühesten Stadien der Syphilis, in der sogenannten Secundärperiode, zur Entstehung kommen. Seine Erfahrungen resumiren sich in folgenden Sätzen:

1. Als ätiologisches Moment der luetischen Hirnblutung, gleichwie jeder — durch anderweitige Ursachen erzeugten — intracraniellen Hämorrhagie, ist nur die Drucksteigerung im Blutgefässsystem, in Verbindung mit Wand-Erkrankungen der betreffenden Arterien und Capillaren, zu betrachten.

2. Die Syphilis der frühesten Secundärperiode erscheint häufig nicht nur in Begleitung von — mit intravasaler Spannungszunahme verbundenen — Hyperämien der Haut, Schleimhäute und Visceralgewebe, sondern auch des gesammten Schädelinhaltes oder Rückenmarkkanals.

3. Die luetische Gefässerkrankung ist eine beinahe constante Begleiterscheinung aller specifischen Localisationsherde dieser Krankheit, und kann sowohl im Initialschanker, in den Hautsyphiliden, Schleimhautaffectionen und Eingeweide Erkrankungen nachgewiesen werden, wie sie auch besonders häufig den arteriellen Circulationsapparat der Schädelhöhle und des Rückenmarkkanals heimzusuchen pflegt.

4. Das in Folge der Syphilisvirulenz zu Stande gekommene zweifache ätiologische Moment, nämlich der hyperämisch erhöhte arterielle und capillare Blutdruck in Gemeinschaft mit der Gefässalteration, vermag wahre Blutergüsse in das Nachbargewebe der betheiligten Gefässbezirke zu produciren, in Form sowohl von Haut-



ecchymosen, Omphalorrhagien, Blutungen aus den Körperöffnungen, Blutergüssen in die Lunge, Pleura, Thymus, Leber, Milz, Magen, Darm u. s. w., wie auch schliesslich in der Gestalt von Gehirnhämorrhagien.

5. Die luetische Hirnhämorrhagie kann schon in der frühesten sogenannten Eruptionsperiode der Syphilis zur Geltung kommen, gleich wie beim Auftritt eines jeden — in dieses Stadium fallenden — Nachschub-Exanthems, wo sie sich dann zumeist nur auf die subcorticalen grauen Centren beschränkt, und vorzüglich ins Corpus striatum und in die lateralen Hirnventrikel zu ergiessen liebt — namentlich der linken Seite; während die Rückenmarksblutungen hauptsächlich in die graue Achsen-Substanz des Rückenmarks erfolgen.

6. Als Ursache des centralen Auftretens der frühesten luetischen Gehirnblutungen kann allein nur die anatomische Anordnungsweise des Hirnarteriensystems beschuldigt werden.

7. Die Entwicklung dieser Blutergüsse geschieht nur auf dem Boden eines durch Gelegenheitsursachen erzeugten Locus minoris resistentiae, wobei die Vasa vasorum diejenigen Gebilde sind, welche als Loci praedilectionis dem Krankheitsgifte zum ersten Angriffspunkte dienen.

8. Es treten Hirnblutungen im Secundärstadium der Syphilis nur bei solchen Individuen auf, wo eine allgemeine Disposition zur Miliar-Aneurysmen-Bildung vorhanden ist, und wo deshalb diese kleinen Ektasien, in Folge vorausgegangener, local schwächender Einwirkungen, bei Hinzutreten des reizenden Syphilisgiftes, sich auch wahrlich zur Entwicklung bringen können.

9. Der secundärluetischen Hirnblutung kann häufig auch eine Erweichung — nekrotischen Charakters — vorausgehen oder dieselbe begleiten, was auf einer gemeinschaftlichen Ursache in der Entstehung beider pathologischen Veränderungen beruht.

10. Die Hämorrhagie dieser Periode tritt fast ohne Ausnahme als Initialerscheinung der Hirnerkrankung auf, ohne jedwede Vorläufersymptome der Hirnlocalisation, was seine Erklärung in der pathogenetischen Entwicklungsart der ersten krankhaften Veränderungen findet.

11. Zu Recidiven scheinen die fraglichen Blutergüsse wenig Neigung zu zeigen, da die pathologischen Processe, denen sie ihre Entstehung verdanken, nur sehr kurze Zeit und vorübergehend auf



jener Entwicklungsstufe verharren, die der Hämorrhagiebildung günstig bleibt.

12. Diese Blutaustritte kommen vornehmlich nur im jugendlichen Lebensalter zum Entstehen, wobei das männliche Geschlecht eine grössere Disposition zu Tage legt als das weibliche.

Varia.

Seit dem März d. J. erscheint im Verlage von L. Voss in Hamburg ein neues deutsches Fachblatt: „Monatshefte für praktische Dermatologie", redigirt von Dr. H. v. Hebra, O. Lassar und P. G. Unna, welches sich die Aufgabe stellt, neben kurzen Originalarbeiten Berichte über die Literatur des Faches und Uebersichten des Standes einzelner wissenschaftlicher Fragen zu geben. Die Redaction erklärt in der Einleitung ihrer Probenummer, sie wolle eine den praktischen Bedürfnissen der Collegen Rechnung tragende Ergänzung der umfassenderen, seit 13 Jahren erscheinenden Vierteljahresschrift für Dermat. u. Syphilis bilden. Wir unsererseits können, auf die hervorragende wissenschaftliche Stellung der Herausgeber der neuen Monatshefte hinweisend, die besten Erwartungen für das junge Blatt aussprechen und hoffen in der That — worin wir durch die bisher erschienenen Nummern nur bestärkt worden sind — in demselben eine werthvolle Unterstützung der seit Jahren in dieser Vierteljahresschrift vertretenen wissenschaftlich strengen Methoden und unserer für den Fortschritt rücksichtslos eintretenden Bestrebungen finden zu dürfen. Die Redaction.

Die durch das Hinscheiden Oskar Simon's erledigte Klinik für Dermatologie und Syphilis an der Universität Breslau ist dem früheren Assistenten Simon's und Privatdocenten des Faches in Leipzig, Dr. Albert Neisser, verliehen worden.



Bibliographie des Jahres 1881.

Dermatologie.

Drittes Verzeichniss.

(Fortsetzung von pag. 179 ff.)

Baruch, Max, Ueber Erythema aestivum (Heu-Erythem). Berl. klin. Wchnschr. XVIII. 50.

Barthélemy, Ueber Variola, speciell über d. Eruptionsstadium. Gaz. hebd. 2. S. XVIII. 44. 46.

Baudon, Ueber Behandlung d. Variola mittelst salicyls. Natron. Bull. de Thér. CI. 448. Nov. 30.

Behrend, Gustav, Ueber vaccinale Hauteruptionen. Berl. klin. Wchschr. XVIII. 46.

Boeck, Cäsar, Ueber Diagnose u. Behandlung d. Lupus vulgaris. Tidsskr. f. prakt. Med. 19. 20. 21.

Boeck, Cäsar, Fall von multipler kachekt. Hautgangrän. Norsk Mag. 3. R. XI. 10. Forh. S. 172.

Boerner, P., Ueber d. Vorkommen der Pocken im Jahre 1881. Deutsche med. Wchschr. VII. 49. 51.

Bordier, Ueber Scarlatina. Journ. de Thér. VIII. 23. p. 895. Dec.

Broberg, J. V., Ueber Pocken u. d. Geschichte d. Behandlung derselben. Hygiea XLIII. 10. S. 537.

Bruns, Henry Dickson, Ueber Leprose. Arch. of Med. VI. 3. p. 201. Dec.

Byrne, J. J., Rascher Rückfall b. Masern. Brit. med. Journ. Dec. 24. p. 1013.

Castenskjold, Ueber Vaccination. Ugeskr. f. Läger 4. R. IV. 24.

du Castel, Ueber contagiöses Ekthyma. Gaz. des Hôp. 122.

Cattle, Chas. H., Ungewöhnl. Todesursache bei Scharlach. Brit. med. Journ. Dec. 3. p. 897.

Churton, T., Fall von Herpes ischiadicus. Brit. med. Journ. Nov. 5. p. 740.

Cornil, V., Ueber d. Bakterien u. d. Veränderungen d. Organe bei Lepra. Bull. de l'Acad. 2. S. X. 43. p. 1308. Oct. 25.

Crocker, H. Radcliffe, Ueber Lichen u. die verschied. Formen desselben. Lancet. II. 18. Oct.

Dejerine, J., u. H. Leloir, Ueber d. Veränderungen an d. Nerven bei Gangrän u. Lepra. Arch. d. Physiol. 3. S. VIII. 6. p. 989. Nov.—Dec.

Duhring, Louis, A., Recurrirender pemphigoider Ausschlag. New York med. Record XX. 27; Dec. p. 737.

Dukes, Clement, Ueber d. Incubationsperiode b. Scharlach, Varicellen, Parotidis u. Rötheln. Lancet. II. 18; Oct.

Eaton, John E., Variola-Eruption nach Schafscheeren. Brit. med. Journ. Oct. 15. p. 627.

Evers, Impfung u. Pocken. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XIII. 4. p. 561.

Fehleisen, Ueber Erisypel. Sitz-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzburg 8.

Féré, Ch., u. L. Quermonne, Ueber Hautaffectionen b. Neuropathien. Progrès méd. IX. 44.

Frey, Hugo, Ueber d. Vaccineverlauf b. Impfung mit aseptischer Lymphe. Inaug.-Diss. Halle a. S. 40 S.

Freissinger, Kachexia pandermica. Gaz. de Par. 34. p. 483.

Gibler, Ueber Entstehung d. fieberhaften Pemphigus durch Bacterien. Gaz. de Par. 46. p. 647.

Gosselin, Traumatisches Erysipel. Gaz. des Hôp. 121.

Gosselin, Herpes an Anus u. Perinäum, complicirt mit Erythem an Anus u. Vulva. Gaz. des Hôp. 138.

Hallopeau, H., Physiolog. Erklärung eines artificiellen Erythem. Gaz. de Par. 51.

Hansted, Chr., Ueber Vaccination. Ugeskr. f. Läger 4. R. IV. 21.

Hardy, Ueber Scarlatina. Gaz. des Hôp. 148. — Masern b. einem Erwachsenen. Ibid. 151.

Hart, Ernest, Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. Nov. 26.

Hodgson, G. F., Ueber d. Beziehung zwischen Menschen- u. Kuhpocken. Brit. med. Journ. Nov. 26.

Hopkins, John, Fall von Myxödem. Lancet II. 24; December. pag. 998.

Jones, C. M., Ueber Rötheln. Boston med. and surg. Journ. CV. 26. p. 607. Dec.

Kaposi, Mor., Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten, 2. Aufl. 1. Hälfte. Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. 432 S.

Kranz, Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königr. Bayern im J. 1880. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVIII. 50.

Lang, Eduard, Ueber Psoriasis, Schuppenflechte. (Samml. klin. Vorträge, herausgeg. von Rich. Volkmann. Nr. 208. Chir. Nr. 66.) Leipzig, Breitkopf u. Härtel. gr. 8. 24 S.

Lassar, Pilze als Ursache von Alopecie. Deutsche med. Wchschr. VII. 46. p. 624.

Lesser, E., Ueber Herpes zoster. Virchow's Arch. LXXXVI. 2. p. 391.

Lilienfeld, Herm., Die Impfung mit animaler Lymphe. Ein versöhnl. Wort f. Anhänger u. Gegner. Prag. Mercy. 8. 19. S.

Linroth, Pockenepidemie. Hygiea VLIII. 12. Svenska läkaresällsk. förh. S. 342.

Mahomed, F. A., Zur Pathologie u. Aetiologie d. Myxödem. Lancet II. 26; Dec.

Mallins, H., Leprose in einem frühen Stadium. Lancet II. 24; December.

Mazzuchelli, Angelo, Ueber Onychohelkosis septica. Ann. univers. Vol. 257. p. 489. Dec.

Mollière, Entwicklung von putriden Gasen im Zellgewebe (Gangrène gazeuse). Gaz. des Hôp. 139.

Naegeli, O., Onychogryphosis sämmtlicher Zehen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XVI. 1 u. 2. p. 104.

Petit, Variolaepidemie zu Zemmorah (Ouran). Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXVII. p. 682. Nov.—Dec.

Petri, Ueber d. grüne Färbung d. Haare b. älteren Kupferarbeitern. Berl. klin. Wchschr. XVIII. 51.

Pissing, Zur Conservirung d. animalen Vaccine. Berl. klin. Wchschr. XVIII. 44.

Pocken in Stockach. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXV. 23.

Pospelow, A., Fall von Lichen ruber planus. Petersb. med. Wchschr. VI. 44.

Pott, Richard, Impfversuche mit asept. Vaccinelymphe. Jahrb. f. Kinderheilk. XVII. 2 u. 3. p. 172.

Preston, A. Chevallier, Fall von periodischer Häutung. Lancet II. 17; Oct.

Pye-Smith, P. H., a) Ueber Alopecia areata. — b) Ueber verschied. Formen von oberflächl. Dermatitis. Guy's Hosp. Rep. 3. S. XXV. p. 139. 204.

Raymond, F., Ueber Rubeola. Progrès méd. IX. 50.

Reissner, Ueber getrockneten Kälberimpfstoff. Deutsche med. Wchschr. VII. 28.

Richard, Allgemeine Eruption nach d. Vaccination. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXVII. p. 679. Nov.—Dec.

Riegel, Ueber animale Vaccination. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVIII, 46.

Riehl, G., Fälle von Tuberkulose d. Haut. Wien. med. Wchschr. XXXI. 44. 45.

Roth, Theodor, Porrigo decalvans. — b) Psoriasis. Memorabilien XXVI. 9. p. 519. 531.

Schmidt, H. D., Zur patholog. Anatomie d. Leprose. Arch. of Med. VI. 3. p. 225. Dec.

Schüller, Max, Ueber d. Mikrokokken d. Lupus. Chir. Centr.-Bl. XIX. 46.

Sesemann, E., Zur Therapie d. Psoriasis. Petersb. med. Wchschr. VI. 44.

Silbermann, Oscar, Ueber die Entstehung der excentr. Hypertrophie u. d. acuten Dilatation d. linken Ventrikels im Verlaufe d. Scharlachnephritis. Jahrb. f. Kinderheilk. XVII. 2 u. 3. p. 178.

Smith, T. Curtis, Phlegmonöses u. cellulares Erysipel. Philad. med. and surg. Reporter XLV. 28. p. 536. Nov.

Sozinskey, Thos. S., Ueber Vaccination. Philad. med. and surg. Reporter XLV. 22. p. 611. Nov.

Stamm, Thdr., Die Ausrottungsmöglichkeit der Pocken ohne jedes Impfen. (Krankheiten-Vernichtung.) Zürich. Schmiedt. 8. 88 S.

Suesserott, J. L., T. H. Manley, Zur Vaccination, Philad. med. and surg. Reporter XLV. 25. p. 697. 698. Dec.

Thin, George, Borsäure als Antisepticum bei Hautkrankheiten. Practitioner XXVII. 6. p. 401. Dec.



Thin, George, Ueber Hauteruptionen nach der Vaccination. Edind. med. Journ. XXVII. p. 523. (Nr. 318.) Dec.

Thiry, Multipler Lupus. Presse méd. XXXIII. 51.

Vaccination. Hygiea XLIII. Svenska läkaresällsk. förh. S. 338.

Vallin, E., Ueber Variola in d. vereinigten Staaten. Revue d'Hyg. III. 12. p. 985. Dec.

Verneuil, Epidemisches Erysipel. Gaz. des Hôp. 146.

Vidal, Ekthyma-Epidemie. Gaz. des Hôp. 127. p. 1012.

Wallin, Aug., Ueber Rubeola. Upsala läkarefören. förh. XVI. 5 och 6. S. 427.

Warlomont, E., Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. Nov. 12.

Wiener, Impfsyphilis; Impferysipel. Deutsche med. Wchschr. VII. 52. (Med.-Beamten-Ztg. 26.)

Withe, James, C., Ueber Ursachen u. Behandlung d. Ekzems bei Kindern. Boston med. and surg. Journ. CV. 16. p. 365. Oct.

Syphilis.

(Drittes Verzeichniss. Forts. von pag. 187 ff.)

Baumgarten, Paul, Ueber gummöse Syphilis d. Gehirns und Rückenmarks, namentlich d. Hirngefässe u. über d. Verhältniss dieser Erkrankungen zu d. entsprechenden tubercul. Affectionen. Virchow's Arch. LXXXVI. 2. p. 179.

Bergh, R., Bericht über d. Abtheilung f. Syphilis u. Hautkrankheiten im allgem. Hospital in Kopenhagen f. 1880. Hosp.-Tid. 2. R. VIII. 40.

Berlin, Hemiplegie b. einem Syphilitischen; Tod im Koma. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXVII. p. 667. Nov.—Dec.

Bouilly, Syphilit. Nekrose d. Clavicula; spontane Fractur. Gaz. de Par. 44.

Bouvier, Schankröse Geschwüre d. Penis. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXVIII. p. 582. Sept.—Oct.

Brouson, E. B., Wirkung des Hg bei Syphilis. New-York med. Record. XX. 19 Nov.

Cadell, Francis, Ueber Behandlung d. Syphilis. Edinb. med. Journ. XXVII. p. 495. (Nr. 318.) Dec.

Chauffard, A., Tertiäre Syphilis; allgem. Amyloidentartung; Bronchopneumonie; purul. Pleuresie; Tod. Progrès méd. IX. 49. p. 973.



An unsere Leser!

Mit dem vorliegenden dritten Hefte dieses Jahrganges tritt eine Aenderung in der Leitung unserer „Vierteljahresschrift“ in so fern ein, dass die Herren Prof. Dr. Julius Caspary in Königsberg und Prof. Dr. Albert Neisser in Breslau sich der Redaction als Mitherausgeber angeschlossen haben und dass die Abfassung des currenten bibliographischen Berichtes von dem rühmlichst bekannten medizinischen Historiker Herrn J. K. Proksch in Wien übernommen worden ist.

Das vierte Heft, dessen Erscheinen (gleich jenem des dritten Heftes) durch die beigegebenen Illustrationen verzögert worden ist, wird mit möglichster Beschleunigung zur Ausgabe gelangen.

Einsendungen für die Vierteljahresschrift werden unter der Adresse eines der Herausgeber oder durch Vermittlung der Verlagshandlung erbeten.

Die Redaction.



Mazzitelli, Pietro, Ueber d. Einfl. d. Schwangerschaft auf d. Syphilis u. d. letzteren auf d. Fötus. Movim. med.-chir. XIII. 9. e 10. p. 557.

Moty, Indurirter Schanker an d. Augenlidern. Gaz. des Hôp. 128.

Neisser, Albert, Die gegenwärtig f. d. Behandlung d. Syphilis massgebenden Grundsätze und Methoden, Aerztl. Ver.-Bl. f. Deutschl. X. Nr. 116. Dec.

Parrot, Ueber hereditäre Syphilis u. Rhachitis. Zahnsyphilis. Progrès méd. IX. 46. 47. 48.

Schech, Ph., Ueber Lungensyphilis. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVIII. 43.

v. Sigmund, Ueber d. Wahl d. zweckmässigen Arzneimittel zur allgem. Behandlung d. Syphilis. Wien. med. Wchschr. XXXI. 42.

Simon, Oscar, Ueber d. Unität u. Dualität der Syphilis u. ihre Bedeutung f. d. Therapie. Bresl. ärztl. Ztschr. III. 20. 21.

Sormani, J., Ueber Prophylaxe d. vener. Krankheiten u. der Syphilis. Revue d'Hyg. III. 11. 12. p. 897. 993. Nov., Dec.

Thiersch, Carl, Behandlung d. phagedän. Schankers mit parenchymat. Einspritzung von Silbersalpeter. Arch. f. klin. Chir. XXVII. 1. p. 169.

Thiry, Quecksilbercyanür gegen phagedän. Schanker. Presse méd. XXXIII. 44.

Thomann, Ed., Subcutane Injection von Jodoform b. Syphilis. Med. Centr.-Bl. XIX. 44.

Widder, J., Ueber Iritis syphilitica mit Rücksicht auf ihr Verhalten zur allgem. luët. Diathese. Arch. f. Ophthalmol. XXVII. 2. p. 99.

Wittelshöfer, Rich., Instrument zur Operation der Phimose. Centr.-Bl. f. Chir. 51. 1881.

Errata.

Auf Seite 113 des vorigen Heftes soll es statt: „Neuritische Dermatosen, Idioneurosen“ heissen: „Neuritische Dermatosen, Stauungsdermatosen, Idioneurosen der Haut“.



C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.



An unsere Leser!

Mit dem vorliegenden dritten Hefte dieses Jahrganges tritt eine Aenderung in der Leitung unserer „Vierteljahresschrift" in so fern ein, dass die Herren Prof. Dr. Julius Caspary in Königsberg und Prof. Dr. Albert Neisser in Breslau sich der Redaction als Mitherausgeber angeschlossen haben und dass die Abfassung des currenten bibliographischen Berichtes von dem rühmlichst bekannten medizinischen Historiker Herrn J. K. Proksch in Wien übernommen worden ist.

Das vierte Heft, dessen Erscheinen (gleich jenem des dritten Heftes) durch die beigegebenen Illustrationen verzögert worden ist, wird mit möglichster Beschleunigung zur Ausgabe gelangen.

Einsendungen für die Vierteljahresschrift werden unter der Adresse eines der Herausgeber oder durch Vermittlung der Verlagshandlung erbeten.

Die Redaction.



Originalabhandlungen.



Zur Kenntniss der gummösen Osteomyelitis in den langen Röhrenknochen[1].

Von

Prof. Dr. Hanns Chiari
in Prag.

(Hiezu Tafel V.)

Seitdem durch Virchow's grundlegende Arbeit über die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen [2]) das anatomische Wesen der durch das syphilitische Virus veranlassten Erkrankungen sicher festgestellt und die Mannigfaltigkeit der syphilitischen Veränderungen in den verschiedensten Theilen des menschlichen Körpers nachgewiesen worden, richtete sich die Aufmerksamkeit der Syphiliater und der pathologischen Anatomen darauf, so weit als möglich in jedem einzelnen anatomisch zugänglichen Falle von constitutioneller Syphilis das Verhalten aller auch der inneren Organe in Bezug auf die Syphilis zu untersuchen, um derart in der gewiss auch für die Therapie sehr wichtigen Kenntniss der aus dieser so merkwürdigen Krankheit resultirenden localen Veränderungen weiter vorzudringen. Wie fruchtbringend dieses Studium war, beweist der Umstand, dass jetzt zahlreiche neue Funde auf dem Gebiete der Syphilisanatomie constatirt wurden, so die Thatsache einer Erkrankung der Hirnarterien in Folge von Syphilis, die Erkenntniss einer ziemlich constanten eigenthümlichen Veränderung an den Epiphysenfugen der langen Röhrenknochen bei hereditärer Syphilis u. dgl. m. Die

[1]) Die hieher gehörigen Präparate wurden demonstrirt in der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien am 19. Mai 1882.

[2]) Virch. Archiv 15. Bd. 1858.



syphilitischen Veränderungen der einzelnen Organe wurden auf diese Art des genaueren festgestellt und damit auch ihre Diagnose intra vitam angebahnt.

Wenn ich mir nun erlaube, in dieser Richtung eine weitere anatomische Mittheilung zu machen, so hat das seinen Grund darin, dass ich an der Hand eines sehr grossen Leichenmateriales im Laufe mehrerer Jahre Gelegenheit hatte, über eine bisher weniger beachtete syphilitische Veränderung des Knochensystems, nämlich die gummöse Entzündung im Marke der langen Röhrenknochen Erfahrungen zu sammeln.

Für gewöhnlich werden in Bezug auf die durch die acquirirte Syphilis gesetzten gummösen Entzündungen am Knochensystem nur die gummöse Periostitis und die im spongiösen Knochengewebe, besonders des Schädels und der Phalangen sich entwickelnde gummöse Ostitis erwähnt. Es sind diese Processe durch zahlreiche Specialuntersuchungen [1]) in ihrem makro- und mikroskopischen Detail des genaueren bekannt geworden und es ist z. B. in Bezug auf den Schädel jetzt anatomisch ausser allem Zweifel gestellt, dass die gummöse Entzündung an ihm sehr häufig vorkommt, ja dass die meisten syphilitischen Knochenerkrankungen an demselben auf Gummata des Periostes oder der Knochensubstanz selbst, welch letztere häufig als Infiltrate auftreten, zurückzuführen sind. Ueber Gummata im Marke der langen Röhrenknochen jedoch finden sich nur spärliche sichere Angaben in der Literatur.

Manche Autoren, wie Heschl [2]) und neuerer Zeit auch Birch-Hirschfeld [3]) sprechen sich geradezu dahin aus, dass die Knochenentzündungen syphilitischen Ursprunges wohl ausnahmslos vom Perioste ausgehen. Andere sehen zwar die Existenz einer gummösen Osteomyelitis in den langen Röhrenknochen durch ältere Beobachtungen als erwiesen an, halten jedoch dieselbe für sehr selten, indem sie bei grossem Beobachtungsmateriale nie dazu kamen, sich von deren Gegenwart selbst zu überzeugen. So führt Virchow [4]) als 3. Form der tieferen syphilitischen Knochen-

[1]) Vide besonders Soloweitschik Virch. Arch. 48. Bd. 1869.

[2]) Compendium d. path. Anat. 1855. p. 206.

[3]) Lehrbuch der path. Anat. 1876. p. 275.

[4]) l. c.



affectionen die Caries und Necrosis interna in Folge von gummöser (oder eitriger?) Osteomyelitis an und sagt dabei: „Ich habe nie Gelegenheit gehabt, diese Form am frischen Präparate zu sehen, indess finden sich bei Ricord so überzeugende Abbildungen, dass ich nicht im mindesten Bedenken trage, sie anzuerkennen. Was der berühmte Syphilidologe als plastische Degeneration des Markes, als gelbe, harte, speckige Masse schildert, das stimmt genau mit der Zusammensetzung der Gummiknoten anderer Organe zusammen und ist in einem Falle von Dufour von Lebert direct als übereinstimmend anerkannt worden". — Auch Zeissl[1]) bemerkt, dass er zwar nicht in der Lage war, das Vorkommen von Gummen in den Markräumen constatiren zu können, dass aber andere höchst competente Forscher dieselben beobachtet haben. Wieder andere Autoren betonen in Bezug auf die Gummata der langen Röhrenknochen neben der Seltenheit auch die bisherige Mangelhaftigkeit der Kenntnisse über dieselben und die dadurch bedingte Schwierigkeit ihres sicheren anatomischen Nachweises im gegebenen Falle, so Volkmann, Sigmund, Jullien und Bruns. Volkmann[2]) erwähnt p. 262 zwei Fälle von centraler Necrose in den Diaphysen langer Röhrenknochen bei Syphilitischen, welche wahrscheinlich aus Gummaknoten entstanden sein dürfte, sagt aber ausdrücklich, dass übrigens hiefür niemand den directen Nachweis geliefert habe und bemerkt weiter p. 360, dass er nur in einem einzigen Falle in einem langen Röhrenknochen nämlich in einem Radius bei Spontanfractur desselben ein in der Mitte seiner Diaphyse gelegenes centrales Gumma als Ursache der Spontanfractur sicher habe constatiren können. Sigmund[3]) spricht sich dahin aus, dass die begrenzten syphilitischen, die gummösen Entzündungen sowohl von dem Perioste als in der Tiefe des Knochens entstehen können, dass sie einerseits zu Hyperostose, zu Caries und Necrose führen können, dass ihre Producte andererseits auch wieder resorbirt werden können, dass es aber nicht möglich sei, selbst in der Leiche geschweige denn im Leben die Diagnose der gummösen Knochenerkrankung

---

[1]) Grundriss der Syph. 1876. p. 230.

[2]) Die Krankheiten der Knochen. Pitha-Billroth 1869.

[3]) Syphilis. Pitha-Billroth 1872. p. 242 ff.

auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit zu stellen. — Jullien[1]) schreibt: „L'évolution de la gomme est moins connue dans l'intérieur des os et particulièrement des os longs. Les belles planches de Ricord nous apprennent cependant, qu'elle peut occuper le canal médullaire, ou elle se presente sous l'apparence d'une masse lardacée, autour de laquelle le tissu compact est plus rouge et plus poreux". — Und Bruns[2]) bemerkt bei Erörterung der Spontanfractur in Folge von Syphilis, dass es nur sehr wenige, durch die anatomische Untersuchung beglaubigte Fälle von Spontanfractur an langen Röhrenknochen in Folge von centralem Gumma gebe, dass er vom Humerus nur 2 Fälle (Hutchinson und Elliot) und vom Radius nur 1 Fall (Volkmann) kenne. Rokitansky[3]), Förster[4]), R. Meier[5]) und Bäumler[6]) erwähnen nur kurz, dass auch im Marke der Knochen, eventuell auch dem der langen Röhrenknochen Gummata vorkommen können.

Sichere anatomische Einzelnbeobachtungen (abgesehen von den schon früher citirten Fällen von Spontanfractur in Folge von centralem Gumma) theilten mit Ricord und Thierfelder. — Ricord[7]) beschreibt auf Pl. XXVIII und XXVIII *bis* von einem 21jährigen Manne, der 3 Jahre an Syphilis gelitten hatte und nach wiederholten Hautsyphiliden und Iritis specifica Caries des Gaumens und der Nasenknochen acquirirt hatte, eine offenbar als Gummata zu deutende Dégénérescence plastique in der Musculatur der rechten Wade und in dem Marke der beiden durch gummöse Periostitis verdickten Tibien. Er sagt darüber: „Le canal, médullaire est un peu dilaté et la moëlle, qui y est contenue, a subi une altération analogue à celle des muscles, du niveau du point, ou éxistait la tumeur; elle est ferme, jaune d'ocre, comme les muscles décrits ci-dessus, elle n'en diffère que par l'absence de texture fibreuse". Auf Pl. XXIX und XXIX *bis* erwähnt Ricord weiter eine ganz gleiche Erkrankung im Marke

---

[1]) Traité prat. des malad. vénér. 1879. p. 857.

[2]) Die allg. Lehre v. d. Knochenbrüchen. Deutsche Chirurgie 1882. p. 47.

[3]) Lehrbuch d. path. Anat. III. Bd. 1861. p. 254.

[4]) Spec. path. Anat. 1863. p. 899.

[5]) Lehrbuch d. allg. path. Anat. 1871. p. 329.

[6]) Syphilis. Ziemssen 1876.

[7]) Traité des malad. vénér. 1851.

der beiden Radien eines 44jährigen Mannes, der 7 Jahre lang syphilitisch gewesen war, Rupia syphilitica und Hodensyphilis gezeigt hatte. Von den Radien sagt Ricord: „Les deux radius, qui avaient été le siège des douleurs ostéocopes très violentes et d'exostoses, présentaient à leur partie inférieure une hypertrophie très remarquable. Le radius droit offrait à un pouce et demi au dessus de son extremité inférieure un renflement assez considérable, pour faire croire dans les premier moment à une ancienne fracture mal consolidée. En l'examinant plus attentivement, on ne tardait pas à s'apercevoir, qu'il y avait là hypertrophie avec développement des canalicules osseux. L'os était plus rouge et plus poreux que partout ailleurs. Le corps médullaire était durci, jaunâtre et rappelait l'aspect et la consistance du lard rance. Le radius gauche était hypertrophie de la même manière mais dans une étendue beaucoup plus considerable. Toute sa moitié inférieure etait envahie". Der Fall von Thierfelder findet sich in dessen „Atlas der pathologischen Histologie" [1]) abgebildet. Er betraf eine 25jährige, an Endocarditis acuta verstorbene Frau, welche Psoriasis syphilitica palmaris et plantaris gehabt hatte. Das Mark der einen durch ossificirende Periostitis verdickten Tibia enthielt einen haselnussgrossen, graugelben Gummaknoten, welcher im Centrum aus grossen, wie aufgeblähten Zellen und Zellendetritus, in den äusseren Schichten aus entzündlichen Infiltrationszellen und Blutextravasaten bestand.

Auf die grössere Häufigkeit der centralen Gummata im Marke der langen Röhrenknochen wiesen nur hin Orth [2]) und Lancereaux [3]). Ersterer erwähnt ganz kurz, dass die Osteomyelitis gummosa häufiger sei, als man früher annahm; letzterer gibt auch die gewiss ganz richtige Ursache für die bisherige Ansicht von der Seltenheit ihres Vorkommens an, indem er sagt: „Tout porte à croire, que les productions gommeuses de la cavité médullaire des os sont plus fréquentes, que ne permet le petit nombre de faits connus et si on les observe rarement, cela tient évidemment à la negligence qu'on apporte en général dans l'examen anatomique du systéme osseux".

[1]) 1876, Tab. XXIX.
[2]) Compendium d. path. anat. Diagnostik 1876.
[3]) Traité hist. et prat. de la Syphilis 1874.



Den ersten Fall von Gummen im Marke langer Röhrenknochen, durch welchen ich überhaupt angeregt wurde, bei den Sectionen von intensiver syphilitisch gewesenen Individuen die langen Röhrenknochen einer genauen Untersuchung zu unterziehen, secirte ich im Jahre 1876 von der Klinik des Herrn Prof. Sigmund im allgemeinen Krankenhause.

Derselbe betraf ein sehr marantisches, seit Jahren mit Syphilis behaftet gewesenes, an Tuberculosis serosarum und tuberculoser Darmulceration bei alter Lungenspitzentuberculose verstorbenes 38jähr. Weib. Auf Syphilis konnten anatomisch zunächst bezogen werden zahlreiche strahlige Narben in der rechten Schultergegend, am rechten Oberarme und am Thorax und hochgradige schwielige Lappung der Leber. Weiter erschienen der r. Humerus und das r. Kniegelenk verändert. Der r. Humerus war in seiner Mitte stumpfwinklig nach einwärts abgebogen, wie der Durchschnitt lehrte, in Folge einer mit Dislocation geheilten Fractur. Unmittelbar an der Fracturstelle war der Knochen vollkommen sclerosirt, die Markhöhle durch Knochensubstanz ausgefüllt. Weiter darunter und darüber jedoch war die Markhöhle erhalten, ja sogar erweitert und zeigte sich in ihrem ziemlich blassen Marke etwa 2 Ctm. unter der Fracturstelle ein 2·5 Ctm. langer, sie vollständig erfüllender, bis auf ein kleines käsiges Centrum ölgrün gefärbter, gallertig-elastischer Herd und nach abwärts von diesem 5 Ctm. von ihm entfernt ein weiterer, etwa haselnussgrosser Knoten derselben Beschaffenheit. Entsprechend diesen beiden Herden und auch sonst war die Oberfläche der Humerusdiaphyse uneben, theils mit grubigen Vertiefungen, theils mit Höckern versehen. Die Musculatur des ganzen Oberarmes erschien auffallend bleich, von Fettgewebe durchwuchert, leicht zerreisslich. Das rechte Kniegelenk, welches nicht vollständig gestreckt werden konnte, enthielt eine etwas grössere Menge von Synovia. Die Synovialmembran war injicirt. An der Patella und der Incisura patellaris femoris fehlte der Knorpelüberzug grösstentheils. An letzterer zeigten sich auch grubige Absumtionen im Knochen. Auf einem sagittalen Durchschnitte des an seiner Aussenfläche hyperostosirten und mit verdicktem Perioste bedeckten Femurs liess sich erkennen, dass sowohl im Grunde dieser Absumtionen, also im spongiösen Gewebe der unteren Femurepiphyse, wie auch im Marke der Medullarröhre der ganzen unteren Femurhälfte aneinanderstossende Herde derselben Beschaffenheit, wie sie für den Humerus angegeben wurden, eingelagert waren. Andere Knochen



konnten nicht durchsägt werden. Mikroskopisch bestanden die genannten Herde im Humerus und Femur aus einer ziemlich zellenreichen, gallertigen Bindegewebswucherung mit centraler Verkäsung. Das angrenzende Mark war hyperämisch, zwischen den Fettzellen kleinzellig infiltrirt und von Pigment durchsetzt. Die stellenweise wie im unteren Femurende im Bereiche der Herde gelegenen Knochenbälkchen erschienen atrophisch mit deutlichen Excessionshöhlen.

Darnach musste ich die Herde in den Knochen als Producte einer entzündlichen Wucherung gallertigen Gewebes mit centraler Verkäsung, also bereits an und für sich, namentlich aber in Bezug auf die sonstigen syphilitischen Veränderungen im Körper als Gummata ansprechen, musste weiter annehmen, dass die Fractur des rechten Humerus höchstwahrscheinlich in Folge eines solchen Gummas entstanden war, und dass die Gonitis dextra in Folge der gummösen Femurerkrankung sich entwickelt hatte. Besondere klinische Symptome der Gummaknoten in den Knochen, so namentlich Dolores osteocopi, waren wenigstens während der klinischen Behandlung nicht constatirt worden.

Von da an untersuchte ich in allen Fällen inveterirter acquirirter Syphilis, die mir zur Section kamen — im Ganzen bisher 27 Fälle — so weit als möglich auf Durchschnitten die langen Röhrenknochen und konnte mir dabei die Ueberzeugung verschaffen, dass die centralen Gummata im Marke der langen Röhrenknochen viel häufiger vorkommen, als man für gewöhnlich glaubt, dass sie öfters multipel auftreten und dass sie intra vitam nicht selten ganz latent bleiben, so dass sie erst bei der Section gefunden werden.

Selbstverständlich konnte sich diese Untersuchung aus Rücksicht auf das Leichenbegängniss kaum je auf alle Röhrenknochen erstrecken, sondern musste ich mich meistens damit begnügen, einen oder den anderen langen Röhrenknochen durchsägen zu lassen. Nichtsdestoweniger boten unter den 27 Fällen nicht weniger als 9 Fälle — also ein Drittel — ein positives Resultat.

Ich will jetzt diese 9 Fälle aufzählen und hierauf einige allgemeine Bemerkungen mir erlauben.

1. Fall. 1876. 59jährige Frau. Klinische Diagnose: Morbus Brightii chronicus. Hydrops ascites. Erysipelas.

Anatomischer Befund: Erysipel der ganzen rechten unteren Extremität und der rechten Rumpfhälfte, augenscheinlich von einem halbhandtellergrossen (wahrscheinlich syphilitischen) Ulcus an der Streckseite des rechten Unterschenkels ausgegangen. Strahlige Narben und zu rauhem Knochen führende Fistelgänge an der Innenfläche des rechten Ellbogengelenkes. Alte Lungenspitzentuberculose. Leichte Verdickung der Valvula bicuspidalis. Schwielige Lappung der Leber. Diffuse Amyloidmilz. Geschrumpfte granulirte und stark amyloid degenerirte Nieren. Im Zellgewebe und den Muskeln um das rechte Ellbogengelenk zahlreiche schwielige, central verkäste Gummata. Solche auch in den beiden Epicondylen des Humerus, woselbst sie bis nussgrosse, von Osteophyten begrenzte, mit den erwähnten Fisteln in Communication stehende, fast kugelige Höhlen erzeugt haben. Ganz ähnliche haselnussgrosse Herde im Marke der unteren Diaphysenhälfte des Humerus. Die Gummata in den Epicondylen ziemlich derb, ulcerös zerfallen; die Knoten im Humerusmarke mehr gallertig, zum Theile im Centrum verkäst.

2. Fall. 1876. 31jähriger Mann. Klinische Diagnose: Syphilis acquisita inveterata.

Anatomischer Befund: Gleichmässige diffuse Hyperostose des Schädeldaches. Tiefgreifende Geschwüre syphilitischen Charakters am weichen Gaumen und an der hinteren Pharynxwand, an letzterer bis auf den rauhen Epistropheuskörper sich erstreckend. Alte Tuberculose der rechten Lungenspitze. Recenterer diffuser Morbus Brightii. Ausgedehnte tiefgreifende alte Narben im Sulcus coronarius penis. Die untere Hälfte der Diaphyse des linken Radius verdickt, wie aufgebläht. Der Markhöhle daselbst entsprechend ein nussgrosser Knoten, aus einem ziemlich weichen Gewebe bestehend, von welchen drei erbsengrosse Cloakenöffnungen an die Oberfläche des Knochens und drei Fistelgänge durch die Weichtheile in der Nähe des Handgelenkes nach aussen führen. Der Knoten selbst missfärbig, aus Bindegewebe mit zarten Fasern, schleimiger Zwischensubstanz und zahlreichen Rundzellen bestehend. In ihm usurirte Knochenbälkchen nachzuweisen. Der umgebende Knochen sclerotisch.

3. Fall. 1878. 52jähriger Mann. Klinische Diagnose: Morbus Brightii chronicus.

Anatomischer Befund: Alte Narben in inguine d. Bilaterale Lobularpneumonie. Hochgradige chronische Endarteriitis mit atheroma-

tösem Zerfalle und Verkalkung. Schwielig gelappte Leber. Granularatrophische Nieren. Im oberen Ende der Markröhre des linken Humerus, der von aussen gar keine Veränderung darbot, ein bohnengrosser, aus gallertig faserigem Bindegewebe bestehender, in der Mitte ganz umschrieben verkäster Knoten.

4. Fall. 1878. 60jähriges Weib. Klinische Diagnose: Syphilis inveterata.

Anatomischer Befund: Sattelnase. Narben nach (klinisch festgestellten) Papeln am äusseren Genitale. Umfängliche Narben in der linken Ellbogenbeuge nach (gleichfalls klinisch festgestellter) syphilitischer Ulceration. Hyperostose des Schädeldaches mit gummöser Periostitis und gummöser Pachymeningitis externa. Chronische Tuberculose (auch mikroskopisch mit deutlichen Miliartuberkeln) in den Lungen, im Kehlkopfe, am Pericard, im Ileum, in den Tuben, im Uterus und im Körper des 8. Brustwirbels. Im Marke der beiden durch Osteophytauflagerungen verdickten Tibien, des einen Femurs und des einen Humerus je mehrere bis nussgrosse Gummata von gallertig-fibröser Textur mit centraler Verkäsung. Auf mikroskopischen Durchschnitten durch dieselben die in das benachbarte Markgewebe allmälig sich verlierende Wucherung eines gallertigen, ziemlich zellenreichen Gewebes zu erkennen. Miliartuberkel in den übrigens schon makroskopisch von den Knochentuberkelherden durch die geringe Verkäsung sich wesentlich unterscheidenden Knoten nicht vorhanden.

5. Fall. 1878. 41jähriger Mann. Klinische Diagnose: Marasmus e luë.

Anatomischer Befund: Pigmentirte Narbenflecken im Gesichte, Narben an der Glans penis. Ungleichmässige höckerige Hyperostose des Schädeldaches mit Verdickung des Periosts. Kleinere Verfettungsherde im Gehirne aus Embolie. Verdickung der Valvula bicuspidalis und hochgradiger atheromatöser Process. Linksseitige Lobularpneumonie. Alte Lungenspitzentuberculose. Tuberculose Geschwüre im Ileum. Im Marke des unteren Drittels der Diaphyse des daselbst etwas verdickten rechten Femurs zwei haselnussgrosse gallertige Herde. In den beiden gleichfalls durchsägten, mit Hyperostosis externa behafteten Tibien keine solchen Knoten.

6. Fall. 1878. 33jähriges Weib. Klinische Diagnose: Myelitis acuta.



Anatomischer Befund: Acute Myelitis diffusa mit punktförmigen Hämorrhagien in der gequollenen und gelockerten Rückenmarksubstanz. Gummöse Hepatitis mit zerstreuten erbsengrossen bis haselnussgrossen, unregelmässig begrenzten, central verkästen, gelblich weissen elastischen Knoten und verzweigten Narbensträngen in dem überhaupt cirrhotischen, atrophischen Parenchym. Granularatrophie der Nieren. Im Marke des unteren Endes der Medullarröhre des r. Femurs ein haselnussgrosser und ein etwas kleinerer central verkäster schleimiger Knoten. In dem sonst noch untersuchten r. Humerus keine Veränderung.

7. Fall. 1878. 45jähriges Weib. Klinische Diagnose: Stenosis syphilitica laryngis.

Anatomischer Befund: Sattelnase. Syphilitische Narben im Pharynx, Larynx und der Trachea. Croupöse Pneumonie in den beiden Unterlappen. In der stark hyperostosirten r. Tibia im oberen und unteren Ende der Markröhre mehrere umschriebene, weisslichgelb verfärbte, dichtere, mikroskopisch aus fasrigem Bindegewebe mit centraler Necrose sich erweisende Herde, welche als wahrscheinlich in Involution begriffene Gummata angesehen wurden. Weiter wurden noch untersucht ein Femur und ein Humerus, jedoch ohne positives Resultat.

8. Fall. 1879. 34jähriges Weib. Klinische Diagnose: Morbus Brightii chronicus.

Anatomischer Befund: Alte bereits ausgeheilte Perforation des Septum narium. Chronisch encephalitische Verschrumpfung der beiden Kleinhirnhemisphären zu knorpeliger Härte. Bis haselnussgrosse Gummata in der schwielig gelappten Leber. Sagomilz. Grosse glatte weisse Amyloidnieren. In der Markhöhle, aber auch in der Spongiosa beider Femora zahlreiche fast durchwegs erbsengrosse, nur zum geringeren Theil kleinere, ziemlich derbe Knoten, die sich mikroskopisch als aus entzündlich gewuchertem Bindegewebe bestehend erwiesen. Einzelne derselben mit einem kleinen Käsecentrum versehen. In den in der Spongiosa gelegenen Knoten die Usur der Knochenbälkchen deutlich ausgesprochen. An der äusseren Fläche beider Femora stellenweise zartes Osteophyt aufgelagert. In der Markhöhle der r. Tibia ein strahliger Narbenknoten von Erbsengrösse.

9. Fall. 1882. 34jähriger Mann, der im Jahre 1876 ein specifisches Ulcus an der Glans penis acquirirt hatte, im Jahre 1878 an heftigen Dolores nocturni verschiedener Knochen, im Jahre 1880 an einem zer-



fallenden Gumma des rechten Unterschenkels und im Jahre 1881 an einer chronischen beiderseitigen Orchitis gelitten hatte.

Klinische Diagnose: Tuberculosis pulmonum. Caries tibiae d. tuberculosa s. syphilitica (?).

Anatomischer Befund (Februar 1882): An der Stirne, in der linken Schultergegend, über dem linken Ellbogengelenke, in der rechten Leistenbeuge, an der Glans penis und an den beiden Unterschenkeln alte Narben. Entsprechend den Malleolen des rechten Unterschenkels Geschwüre, in deren Grund rauher, missfärbiger Knochen zu tasten ist. Höckerige Hyperostose der äusseren Fläche des Stirnbeins. Schwielige Verdickung des rechten Nervopticus. Chronische Tuberculose der Lungen, des Kehlkopfes, der Luftröhre und des Ileums. Eingezogene strahlige Narben in der Leber. Gummöse bilaterale Orchitis. In dem Marke und der Spongiosa beider Tibien zahlreiche myxomatöse, zum Theile nämlich im Centrum verkäste, bis taubeneigrosse Herde. In der unteren Epiphyse der rechten Tibia durch solche Herde erzeugte Necrose mit bereits weit gediehener Loslösung des Sequester. Mit diesen necrotischen Stellen die früher erwähnten Geschwüre an den Malleolen in Zusammenhang. An der Aussenfläche der beiden Tibien dabei nur geringe Hyperostose. In dem sonst noch untersuchten rechten Femur und Humerus keine weitere Veränderung.

Mikroskopisch die Herde aus schleimigem Bindegewebe mit theils spindligen, theils sternförmigen Zellen zusammengesetzt. Die in den Herden gelegenen Knochenbälkchen usurirt, mit Lacunen versehen. Im Bereiche der Herde nur mehr spärliche Fettzellen des Markes zu sehen, in der Umgebung der Herde das Mark sehr fettreich, von öfters zu grösseren Kugeln aggregirten Pigmentkörnern durchsetzt. Die centralen, käsig aussehenden Theile der Herde gleichmässig feinkörnig. Auf diesen Fall bezieht sich die beigegebene Tafel, welche den frischen Durchschnitt der einen Tibia wiedergibt. Man sieht die zahlreichen im Centrum verkästen Herde im Marke und in der Spongiosa. Die mehrere käsige Partien enthaltenden grösseren Herde dürften vielleicht aus der Confluenz mehrerer kleinerer Herde entstanden sein.

Ueberblickt man nun alle diese Fälle, so ergibt sich aus ihnen, wie ich glaube, zweifellos, dass man es hier in der That



mit gummöser Osteomyelitis der langen Röhrenknochen zu thun hatte. Die Herde im Marke können nicht anders gedeutet werden. Sie waren, wie die histologische Untersuchung erwies, Producte einer entzündlichen Bindegewebswucherung, sahen gerade so gallertig aus, wie andere Gummata im Knochensysteme, wie die periostalen, eben auch durch ihre gallertige Beschaffenheit von den mehr lymphatischen Gummen der Haut und Schleimhäute und den mehr schwieligen Gummen innerer Organe, so der Leber, sich unterscheidenden Gummen und zeigten gleich so vielen gummösen Bildungen die Tendenz zu partieller und zwar centraler Verkäsung. Sie konnten darnach bestimmt geschieden werden von allen im Knochenmarke sich entwickelnden Neubildungen im engeren Sinne, sie konnten auch sicher differenzirt werden von den Tuberkelherden in den Knochen, bei welchen, wie bekannt, die Verkäsung immer viel höheren Grad erreicht und man, wenn nicht schon makroskopisch, so doch leicht mikroskopisch typische Miliartuberkel nachweisen kann.

Damit ist aber zugleich aus diesen Fällen die Häufigkeit des Vorkommens der gummösen Osteomyelitis in den langen Röhrenknochen bei der acquirirten Syphilis constatirt.

Das anatomische Detail dieser Gummata war in den einzelnen Fällen nicht immer ganz gleich. In den einen Fällen erschienen dieselben als ganz weiche, gallertige Herde, das andere Mal bestanden sie aus einem mehr fasrig-gallertigen Gewebe; meist zeigten sie zwar centrale Verkäsung, mitunter jedoch, namentlich bei den kleineren Knoten war auch das Centrum noch frei von dieser Metamorphose. Ihre Grösse schwankte zwischen der einer Nuss und einer Erbse, wobei jedoch zu bemerken ist, dass wahrscheinlich auch kleinere Herde in einzelnen Fällen vorhanden gewesen sein mochten, die aber nicht gefunden wurden. In Bezug auf ihre Zahl zeigten sie grosse Differenzen, doch waren meist mehrere zugleich vorhanden und zählte ich im letzten (9.) Falle in den beiden Tibien zusammen im Marke 9, in der Spongiosa 11 Herde. Was ihre Localisation betrifft, so lässt sich allerdings aus den beschriebenen Fällen kein bestimmter Schluss ziehen, da, wie bereits früher erwähnt, nicht immer alle langen Röhrenknochen untersucht werden konnten. Immerhin scheinen die Femora und die Tibien am häufigsten hievon befallen zu werden,



insoferne in den 10 Fällen 6mal Gummata im Femur, 5mal in der Tibia, 4mal im Humerus und 1mal im Radius gefunden wurden. Die äussere Oberfläche der betreffenden Knochen war in einzelnen Fällen hyperostosirt, in anderen, was ich besonders hervorheben will, aber gar nicht verändert, so dass durchaus nicht immer von aussen die Existenz der Gummata im Knocheninnern vermuthet werden konnte.

Klinische Symptome der centralen Knochengummata waren wenigstens in der letzteren Zeit des Lebens gewiss nur in den seltensten Fällen vorhanden und konnten nur in einem Falle (dem 9.) Angaben über auf die bei der Section gefundenen Knochengummata etwa zu beziehende Dolores osteocopi aus der Krankengeschichte festgestellt werden.

Bezüglich des endlichen Schicksales der centralen Knochengummata in den langen Röhrenknochen dürfte sich aus den erwähnten Fällen ableiten lassen, dass dasselbe sich sehr verschieden gestalten mag. Es mögen solche Herde lange stationär bleiben, oder wieder gänzlich zur Resorption gelangen, sie mögen Sclerose veranlassen oder sich so rückbilden, dass an ihrer Stelle nur eine nicht weiter charakterisirte Narbe zurückbleibt (vide Fall 7 und 8). Sie sind sicherlich öfters Veranlassung für die sogenannte Spontanfractur, was freilich selten zur anatomischen Untersuchung gelangt und von meinen Fällen der zuerst mitgetheilte Fall auch nur mit Wahrscheinlichkeit erschliessen lässt. Sie dürften endlich auch die Ursache von centraler Necrose abgeben können, wofür ich zwar keinen directen anatomischen Beleg beibringen kann, was aber doch per analogiam mit dem Verhalten der Gummata in der spongiösen Substanz ziemlich sicher ist und in welcher Hinsicht ich besonders auf den 9. Fall mit der Necrose im unteren Ende der einen Tibia hinweisen möchte.

Wien, 17. Mai 1882.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. V.

Der frische Durchschnitt der einen Tibia des 9. Falles mit zahlreichen Gummen. (Natürl. Grösse.)



Ueber einen Fall von Epithelioma molluscum (Virchow) universale und das Wesen der Geschwulstform speciell.

Nach einem Vortrage,

gehalten auf der ung. Naturforscherversammlung zu Steinamanger.

Von Prof. **Ed. Geber** in Klausenburg.

(Hiezu Tafel VI.)

Als Bateman im Jahre 1817[1]) unter der Bezeichnung „Molluscum contagiosum“ die kleine, durchschnittlich linsengrosse, wächserne oder schwach rosarothe Geschwulst in die Literatur eingeführt hat, mag er wohl nicht geahnt haben, dass sowohl die Details wie die Kenntniss derselben im Allgemeinen nach mehr als einem halben Jahrhunderte den Gegenstand ganz mannigfacher Anschauungen bilden werden. Und doch muss man sagen, hat es an Bestrebungen behufs Ergründung des Processes sicher nicht gefehlt. Eher liesse sich im Gegentheile annehmen, dass die vielen Untersuchungen nur allzu viele Ansichten zu Tage gefördert haben. Vornehmlich seit Beginn der Vierziger-Jahre hat sich die Literatur dieser besonderen Krankheitsform dermassen gehäuft, dass sie kaum mehr zu übersehen ist und eine möglichst grosse Anzahl von Erklärungsweisen enthält.

Allerdings ist es richtig, dass die oft kaum bemerkbare Erhabenheit an der Haut während der Entwicklung in ihrer Configuration mancherlei Veränderungen erleidet. Und eben so sicher ist es, dass der feinere Bau des Molluscum contagiosum von Bateman ein vielgestaltiger ist. Kein Wunder daher, dass diejenigen, welche das Molluscum nur seinem Erscheinen oder dem

---

[1]) Delineations of cutaneous diseases. London 1879. p. 274 and Plate LXI.



rein makroskopischen Befunde nach beurtheilt haben, es bald als Condyloma (subcutaneum Haucke[1]) porcellaneum Fritze[2]), Mycosis fungoides (Alibert[3]), tumeur folliculeuse (Rayer[4]), Acne varioliformis (Bazin[5]) oder gar nicht als einen selbstständigen Krankheitszustand (Simon[6]) aufgefasst haben.

Und diejenigen, die eingehendere mikroskopische Untersuchungen angestellt haben, betrachten bald die Talgdrüsen, bald die Follikel oder das interpapilläre Rete als den Sitz der Erkrankung. Dabei sind die berührten Gegensätze immerhin leichter auszugleichen, als betreffs derjenigen Gebilde, welche dem Processe das Gepräge der Eigenartigkeit verleihen. Seitdem nämlich Henderson der „globular cells" und Patterson der „peculiar globules" Erwähnung thun, ist die volle Aufmerksamkeit der Untersucher diesen Körpern zugewendet. Die Einen erachten sie ganz einfach als Produkte veränderter oder entarteter Zellen, während die Anderen sie als dem menschlichen Organismus fremde Objecte ansehen und ihnen parasitäre und contagiöse Attribute zusprechen. Dieses Moment aber ist für die Entscheidung der Frage um so bedeutungsvoller, als im bejahenden Falle das Bestreben dahin gerichtet sein muss, das die Uebertragung vermittelnde Corpus delicti zu ermitteln, weil dadurch möglicherweise der ganze für ein Problem erscheinende Vorgang seinen definitiven Abschluss findet; während im entgegengesetzten Falle von vorneherein eine Reihe von Combinationen auszuschliessen ist.

Obschon ich mir nach dem Vorausgeschickten zu folgern vollends bewusst war, welches die Schwierigkeiten sind, die einer richtigen Lösung der Frage entgegenstehen, so habe ich mich durch das stete Vorhandensein von Untersuchungsobjecten und

---

[1]) Med. Zeitung vom Vereine f. Heilkunde in Preussen. 1840. p. 245.

[2]) Handbuch d. venerischen Krankheiten. Leipzig 1797.

[3]) Monographie der Dermatosen. Uebersetzt von Bloest. Leipzig 1837. II. pag. 296.

[4]) Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Paris 1827. Tome II. p. 291.

[5]) Leçons théoriques et cliniques s. l. affections génériques de la peau. Paris 1862. p. 278.

[6]) Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Berlin 1851. p. 356.

dann durch das Vorkommen eines ungewöhnlichen Falles von Molluscum contagiosum bestimmen lassen, in das Studium dieser seltsamen Geschwulst einzugehen.

Mit Rücksicht auf den ersten Beweggrund bin ich in der Lage anzuführen, dass das Molluscum contagiosum, wie schon Retzius und O. Simon mit Recht hervorgehoben haben, denn doch nicht so selten vorkommt, wie man gemeinhin anzunehmen geneigt ist. Meine statistischen Daten ergeben folgende Verhältnisse: Unter 576 Männern habe ich das Molluscum 21 mal und unter 313 Weibern 36, daher bei 889 Individuen 57 mal angetroffen. Scheidet man bei den Weibern diejenigen aus, die keine Genitalaffection hatten, so bleiben 190 Weiber mit 20 Fällen von Molluscum. Und nimmt man von letzteren nur die professionsmässig Prostituirten in Betracht, so zeigt es sich, dass unter 118 Kranken 19, d. i. 16·5 % damit behaftet gewesen sind. Diese Zahl scheint allerdings als eine relativ hohe; allein ich glaube es mit Zuversicht aussprechen zu können, dass bei sorgfältigerem Zählen dieses Verhältniss anderswo ebenso ausfallen wird.

Der Fall, den ich durch längere Zeit zu beobachten und in seinen Details kennen zu lernen Gelegenheit hatte, ist folgender:

Im Monate Juli 1880 wird der 26jährige Tischlergeselle Wenzel W. aus Böhmen wegen eines diffus aufgetretenen Ausschlages auf die hiesige Klinik aufgenommen. Derselbe gibt an, dass er schon seit drei Jahren an der unteren Fläche des Penis und in der Regio pubica das Auftreten und Grösserwerden einzelner Auswüchse bemerkt habe, dass aber diese während der letzten wärmeren Monate, angeblich in Folge des Schwitzens, derart überhand genommen haben, dass sie nunmehr allenthalben an der allgemeinen Decke anzutreffen sind.

Bei einer eingehenderen Besichtigung zeigt es sich in der That, dass sich die erwähnten Geschwülstchen über den ganzen Körper zerstreut vorfinden, hie und da sogar bis zur Berührung nahe gerückt sind. Wendet man der Localisation eine grössere Aufmerksamkeit zu, so ergibt sich, dass in Bezug der Häufigkeit der Molluscum-efflorescenzen je nach der Gegend eine Verschiedenheit besteht. So z. B. kommen sie vom Gesichte angefangen bis zum Epigastrium nur vereinzelt vor, während von da abwärts ihre Menge sich auffallend ver-



mehrt. Am häufigsten sind sie am Schamberge, Präputium und Scrotum zu finden. Einzelne sind auch an der Glans vorhanden. Ihre Anwesenheit an den Oberextremitäten macht ganz den Eindruck, als wenn sie sich vom Halse und Nacken aus auf dieselben fortsetzen würden; sie sind nämlich um die Schultergelenke und den angrenzenden Theil der Oberarmknochen am zahlreichsten und werden gegen die Vorderarme immer weniger, so dass um die Handwurzelgelenke kaum mehr eine oder die andere Efflorescenz anzutreffen ist. An der Hand selbst (Dorsal- und Volarseite) fehlen sie gänzlich. An den Unterextremitäten sind sie derart angeordnet, dass sie fast nur an der inneren Fläche der Unterschenkel vorkommen, während an der Aussenseite und im Verlaufe der Unterschenkel sie im Ganzen selten sind. Gegen die Sprunggelenke werden sie wieder häufiger, um alsbald zu verschwinden und die beiden Füsse davon frei zu lassen. Ausser dieser für jeden Fall seltenen Ausbreitung von Molluscum ist noch das Vorhandensein derselben am behaarten Kopftheile hervorzuheben. Dieselben kommen hier ziemlich häufig vor, nur sind sie nicht gleichmässig über den ganzen Kopf ausgebreitet, sondern sie bestehen an mehreren Stellen zu kleineren und grösseren Gruppen zusammengehäuft.

Geht man die einzelnen Geschwülste der Reihe nach durch, so bemerkt man, dass sie in ihrem Aussehen eine gewisse Verschiedenartigkeit zeigen. Die jüngsten unter ihnen stellen kleine unansehnliche Erhabenheiten dar, welche von normaler Hautfarbe sind und sich dadurch leichter der Aufmerksamkeit entziehen. Fasst man nun ein solches Hügelchen mehr ins Auge, so sieht man an der höchsten Stelle einen lichten Punkt durch die Epidermis schimmern. Auf seitlich angebrachten Druck kommt das geschilderte Pünktchen in Form einer breiigen Masse zum Vorschein und kann durch die Finger bis auf einen kleinen Rest verrieben werden. Bringt man eine Quantität davon unter das Mikroskop, so überzeugt man sich, dass das Object aus Epidermiszellen und den schon von Henderson und Patterson erwähnten eigenthümlichen Körperchen besteht. Es ist somit nicht schwer zu bestätigen, dass die in ihrem Aussehen einem Lichen pilaris nicht unähnliche Erhabenheit, das Anfangsstadium eines klinisch kaum demonstrirbaren Molluscum ist. — Bei den etwas grösseren Geschwülsten fällt es vor Allem auf, dass die an der erhabensten Stelle befindliche vorher geschilderte Masse reichlicher ist, über die Oberfläche emporragt und sich gegen die Seitentheile in unregelmässigen, aus



aggregirten Häufchen entstandenen Streifchen fortsetzt. Dadurch wird die Oberfläche uneben und erscheint von gelblich weissen Linien durchsetzt. Betrachtet man die Randtheile solcher Geschwülste, so bemerkt man kleine punktförmige Erhabenheiten, welche sich mit dem ursprünglichen Individuum vereinen und es auf diese Weise vergrössern. In mehr oder minder erheblichem Grade kommen diese Wachsthumsmodalitäten allenthalben vor, so dass die eigentliche Vergrösserung des Molluscum zumeist in der Weise geschieht. Die Geschwülste sind dann im Allgemeinen nach einer oder der anderen Richtung wie in die Länge gezogen, und hängt es von der jeweiligen Apposition ab, ob sie diese Form beibehalten oder, indem diese von allen Seiten gleichmässig erfolgt, ob sie zur ursprünglichen runden zurückkehren.

Man kann daher verschieden grosse Mollusken von ebenso mannigfacher Gestalt bemerken, da es von gar nicht zu bestimmenden Momenten abhängt, wann bei einer oder der anderen Form ein Stillstand in der Entwicklung eintritt. Im Durchschnitte jedoch sind die grössten Geschwülste rundlich, sehen vermöge der an den Wandungen vorfindlichen Gefässverzweigungen schwach rosaroth aus und haben durch die Spannung der deckenden Epidermis einen gewissen Glanz. An der Oberfläche sind theils Auflagerungen, theils kleinere Vertiefungen vorhanden, wenn nämlich erstere abgängig sind. Geht man darauf aus, das Wesen dieser Auflagerungen kennen zu lernen, so wird man überrascht, wie umständlich oft das Sammeln derselben ist. Den Grund hiefür erfährt man erst, wenn man auf die Geschwulst seitlich einen Druck ausübt und sich dadurch überzeugt, dass diese mit zapfenartigen Fortsätzen in die Tiefe ragen. Bei reichlicherem Inhalte der Molluskengeschwulst ist auch die Auflagerung bedeutender und macht daher die Entfernung eines Theiles derselben keine Schwierigkeit; ist hingegen nur eine kleine Menge der krümligen Masse in dem Molluscum enthalten, und ist in Folge dessen die Auflagerung stark eingetrocknet und spröde geworden, so zieht sich diese in Folge der Elasticität der Haut mit dem Nachlassen des seitlichen Druckes auch jedesmal zurück und ist hiedurch das Gewinnen von Untersuchungsmaterial erschwert. Gelingt es nun auf eine oder die andere Weise dieselbe vorsichtig zu entfernen, so findet man an der Unterlage entweder eine einzige mit scharf ausgeschnittenen Rändern versehene muldenartige Vertiefung vor, oder man sieht mehrere einzelnstehende,

wie durch Nadelstiche erzeugte Oeffnungen, welche den früher erwähnten Fortsätzen zu entsprechen scheinen. Bezüglich des Vorkommens der Vertiefung sowohl wie auch der Oeffnungen kann man mit Sicherheit constatiren, dass sie durchaus nicht immer in der Mitte des Molluscums gelegen sind. Vergleicht man die einzelnen Oeffnungen unter einander und sieht man sich die grösseren Vertiefungen genauer an, so gelangt man zu der Schlussfolgerung, dass erstere in Folge eines Involutionsprocesses — mit dem wir uns noch zu beschäftigen haben werden — ihre Scheidewände einbüssen und sich zu einem einzigen Cavum vereinen, wodurch das typische Bild der sogenannten Vertiefung — Delle — entsteht.

Hie und da begegnet man Mollusken, welche über die normale Grösse hinaus sind. Betrachtet man sie genauer, so findet man, dass sie unabhängig von der vorher beschriebenen Art der Vergrösserung, sondern durch buchstäbliche Confluenz von einzelnen Individuen zu Stande gekommen sind. Es kommt nämlich vor, dass ein oder mehrere Geschwülstchen ursprünglich so nahe zu einander stehen, dass sie bei späterem Auswachsen förmlich zu einer einzigen verschmelzen. Dies haben schon früher Ebert[1]) u. A. beobachtet. In unserem Falle ist ein Prototyp davon an der hinteren Fläche des Penis zu bemerken. Das Molluscum daselbst ist 1·5 Ctm. breit, 1·8 Ctm. lang, 0·5 Ctm. hoch und wiegt nach Abtragung 0·5 Gramm.

Eine besondere Erwähnung verdienen jene Mollusken, welche an behaarteren Stellen des Körpers (Kopfhaut, Schamberg u.. s. w.) vorkommen. In den meisten Fällen sind Haare blos an der äussersten Peripherie zugegen, so dass man bei flüchtiger Betrachtung den Eindruck erhält, als hätte das Molluscum die zwischen den Haaren freigebliebenen Hautstellen occupirt. Wenn man indess eine grössere Anzahl solcher im Entstehen begriffener besichtigt, so überzeugt man sich davon, dass darin allerdings ein Haar steckt, dass aber dasselbe leicht zu entfernen ist. Man muss daher annehmen, dass das Haar während der ferneren Entwicklung verloren geht. Ausnahmsweise sind aber auch solche grössere Geschwülste zu sehen, in denen das Haar noch immer vorhanden ist, und ebenso sind Lanugo-Härchen keine so seltene Erscheinung. Ich möchte deshalb aus all diesen Befunden auf

[1]) Berliner klin. Wochenschr. 1865, Nr. 4.

nicht mehr schliessen, als dass das Vorhandensein oder Fehlen der Haare der Entstehungsweise des Molluscum durchaus nicht präjudicirt.

Neben diesen Evolutionsformen der Mollusken sind bei unserem Kranken Involutionen mit den verschiedenen Ausgängen zu beobachten. Als ein ziemlich häufiges Vorkommen der Rückbildung ist jener Zustand zu bezeichnen, bei dem es zum Eintrocknen der Geschwulst kommt. Diese pflegt in solchem Falle welk und geschrumpft auszusehen, und man ist bei seitlich angebrachtem Drucke kaum im Stande, einen Inhalt auszupressen, sondern es stülpt sich der blutende Papillarkörper hervor. Gewöhnlich fallen solche Mollusken schon auf geringe mechanische Veranlassung ab. — Eine andere Art von Ausgang besteht in der Entzündung, Verschwärung und schliesslichen Verödung der ganzen Geschwulst. Im Beginne des entzündlichen Stadiums ist äusserlich kaum was bemerkbar. Drückt man jedoch von der Seite daran, so kommt ein verschiedenartig consistenter weisslicher Brei (milky fluid Bateman) zum Vorschein, der ausser Epidermiszellen und Molluscumkugeln noch Eiterkörperchen enthält. Geschwülste, an denen ein höherer Grad von Entzündung zugegen ist, sind äusserlich lebhaft roth gefärbt und von vergrössertem Umfange, ödematös. Die Geschwulst entleert in solchem Falle eine blutig tingirte serös-eitrige Flüssigkeit, in welcher ausser den bereits angeführten Elementen Blutkörperchen und Fibrinflöckchen vorhanden sind. — Hat die Entzündung einmal so weit überhand genommen, so ist der Untergang der Geschwulst ein unaufhaltsamer. Es bilden sich nämlich mehrere ursprünglich kleinere, oberflächliche Substanzverluste, welche schliesslich zur vollständigen Zerstörung der Gebilde führen. Als Folge davon sind hie und da kleine unregelmässige, schwach roth gefärbte Narben zu sehen, welche als die letzten Spuren der geschilderten Verlaufes zu betrachten sind.

In Bezug der übrigen bei der Beurtheilung dieser Krankheitsform vielleicht in Betracht zu ziehenden Momente ist zu erwähnen, dass das Kopfhaar des Kranken blond und die Haut im Ganzen eine zarte ist. Nirgends ist eine Spur irgend welcher äusserlichen Einwirkung zu bemerken. Im Gesichte und am Stamme sind zerstreut zahlreiche Milien vorhanden und ausserdem findet sich eine ansehnliche Anzahl von Molluscum fibrosum vor. Letztere sind besonders am



Nacken häufig vertreten, doch erreicht keines derselben auch nur die Grösse einer Haselnuss.

Um den vorsichgehenden Process genügend kennen zu lernen, habe ich sowohl von diesem Kranken wie von den auf der Klinik nachher vorgekommenen Fällen verschieden grosse Mollusken abgetragen, und sie theils in Chromsäure und Alkohol, theils in letzterem allein gehärtet, um sie für die mikroskopische Untersuchung zu verwerthen. Nach der gemachten Erfahrung kann ich sagen, dass sich dafür die grösseren nicht entzündeten Gebilde ganz besonders eignen, da man an diesen häufiger solche Bilder erhält, welche von den ersten Anfängen bis zur weitest fortgeschrittenen Form sämmtliche Stadien der Entwickelung erkennen lassen.

Hat man eine solche Stelle mit einer Initialaffection zu Gesicht bekommen, so kann man sich schon bei schwächster Vergrösserung davon überzeugen, dass sie die oberste Partie der Haut betrifft und dass sie zu beiden Seiten die Papillarkörper zur Nachbarschaft hat (Fig. I). Es ist also selbst bei derartiger Betrachtung nicht schwer zu erkennen, dass der Zustand, der unsere Aufmerksamkeit auf sich zieht, in einem Retefortsatze seinen Sitz hat. Der Unterschied zwischen einem solchen Zapfen und dem daneben befindlichen normalen besteht darin, dass ersterer im Ganzen länger und breiter ist, und dass er an seinem unteren, conisch sein sollenden Ende in die Breite getrieben ist (Fig. I *a*). Wirft man einen Blick in das Innere desselben, so fallen unter den grossen alienirten Stachelzellen einzelne rundliche, eiförmige Gebilde durch ihren eigenthümlichen Glanz auf, welche als die Molluscumkörper der Autoren zu nehmen sind.

Gewöhnlich finden sich im Präparate noch andere Fortsätze in minder oder mehr erheblichem Grade verändert vor. Ihre Abweichungen äussern sich in folgender Weise: Entweder hat der Fortsatz einfach in allen Dimensionen zugenommen und sich bedeutend vergrössert. In solchem Falle zeigt er von oben gesehen eine Einsenkung, auf welcher im Verhältnisse zur Zunahme der Elemente eine mit Molluscumkörpern untermengte mächtige Hornschicht ruht (Fig. I *b*). Oder aber es entstehen mehrfache Sprossenbildungen (Fig. I *c*), so dass die einzelne, namentlich, wenn an

dem angrenzenden Rete derselbe Process statt hat, kaum mehr zu übersehen ist (Fig. I *d*). Durch derlei Wucherungen kann es sodann geschehen, dass trotz begrenzten Ausgangspunktes Mollusken von ansehnlichem Umfange zu Stande kommen. Wenn wir uns nun gegenwärtig halten, dass jeder einzelne Theil des Retefortsatzes in der geschilderten Weise auswachsen, und dass dieses Produkt bei der ferneren Fortbildung neuerdings zu einem Mutterstocke einer künftigen Tochtervegetation u. s. w. werden kann, so werden wir an dem lappigen Aussehen der Schnittfläche solcher Geschwülste gewiss nichts Auffälliges finden. Jedermann, der von diesem Vorgange der Sprossenbildung und deren Anreihung zu einander sich zu überzeugen Gelegenheit hat, wird daher an der ganzen Configuration blos das Resultat von Nebeneinanderstellung der einzelnen Theile erblicken. Für jeden Fall aber ist es unbegründet, daraus auf eine drüsige Beschaffenheit des Molluscum contagiosum zu schliessen.

Man kann im Gegentheile an Schnitten, welche gleichzeitig Talgdrüsen und Molluscumwucherung besitzen, leicht constatiren, dass letztere selbst dort, wo sie von allen Seiten reichlich propagirt und die Talgdrüsen wie umschliesst, gar niemals in dieselbe übergreift oder in deren Substanz aufgeht. Sie hält jedes Mal vor der membrana propria inne. — Und durchmustert man den Inhalt einer ganz nahe zum Molluscum gelegenen Drüse, so wird man in demselben sicher keine den Molluscumkörpern gleiche Gebilde finden. Es ist demnach gar nicht schwer, den Beweis zu erbringen, dass die Annahme, der lappige Bau des Molluscums hänge irgendwie mit der Hypertrophie der Schmeerbälge zusammen [Hebra [1]), Rokitansky [2]), Zeissl [3]), Biesiadecki [4]), Kaposi [5]), T. Fox [6])] und dass die aus der lappigen Beschaffenheit des Molluscum gezogene Schlussfolgerung, der Vorgang in den Talgdrüsen könne

[1]) Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. II. Jahrg. 1845. pag. 42.

[2]) Lehrb. d. path. Anat. 1856. Bd. II. p. 79.

[3]) Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1869. p. 60.

[4]) Beiträge zur physiol. u. pathol. Anatomie d. Haut. Sitzungsber. d. Acad. d. Wissensch. 1877. Bd. 56. p. 19.

[5]) Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph. 1877. p. 333.

[6]) Lancet.

gegebenen Falles zur Bildung von Molluscumkörpern führen — (Wilson [1]) — eine vollständig irrthümliche ist. Wir müssen vielmehr in Uebereinstimmung mit Petersen und Retzius erklären, dass Molluscumkörper in Talgdrüsen nie anzutreffen sind.

Als eine besondere Folge des oben geschilderten Processes, dass nämlich vom Grundstocke des Retezapfens Abzweigungen in 2—4 Generationen erfolgen, ergibt sich ferner, dass an den entlegeneren Stellen (Fig. II *c*) die directe Communication mit der Oberfläche fehlt, weshalb der Inhalt liegen bleibt und dort seine regressive Umwandlung durchmacht. Ein solcher Theil besitzt einen Stich ins gelbliche und weist bei vollständiger Wiederholung des architectonischen Typus Nester von concentrisch gelagerten verhornten Epidermiszellen und Molluscumkugeln auf. Dadurch erinnert das ganze Bild in entfernter Weise an den Habitus der Epidermiskugeln bei den Cancroiden (Fig. I).

Diese drüsig-lappige Zusammensetzung einerseits und das Abgeschlossensein der Läppchen und Häufchen der epidermoidalen Bildung andererseits haben Virchow [2]) bestimmt anzunehmen, dass die Molluskenknoten von einer Hyperplasie der epidermoidalen Auskleidung der Follikel herrühren, und sich „wissenschaftlich" als ein „hyperplastisches Epitheliom" erweisen; weshalb er auch dafür die Benennung „Epithelioma molluscum" vorschlägt. — In gleicher Weise stellt sich Thin [3]) vor, dass der Process unter dem Einflusse eines seiner Natur nach bisher unbekannten infectiösen Stoffes im Haarfollikel zwischen den Wurzelscheiden beginnt und von da auf die freie Oberfläche der Epidermis übergreifend, diese in toto zur Wucherung anregt.

Erscheint uns auch die von Virchow gewählte Bezeichnung vollständig zutreffend, indem wir das Vorkommen entsprechender Bilder selber zu constatiren in der Lage sind, so müssen wir uns gegen den vermeinten Ausgangspunkt anderseits mit aller Bestimmtheit erklären. An mikroskopischen Objecten, die Haarfollikel enthalten, kann man sich ohne welche Schwierigkeit überzeugen, dass diese der Ausbreitung der Molluscumwucherung eine Grenze

[1]) Skin diseases. London 1863. p. 640.

[2]) Virchow's Archiv. Bd. 33. p. 154.

[3]) Journ. of Anatom. and Physiol. 1881. p. 202.

setzen. Sobald man jedoch an hintereinander geführten Schnitten über den Follikel hinaus ist, bemerkt man, dass diese Körper sich nach allen Richtungen ausbreiten. Nichtsdestoweniger kann ich aus Erfahrung bestätigen, dass hie und da zwischen Zellen der äusseren Wurzelscheiden den für diesen Process eigen gehaltenen Körpern analoge Gebilde zu sehen sind. Nur glaube ich, dass das vereinzelte Vorkommen derselben bei Aburtheilung der Frage keine Bedeutung haben kann, da meiner Beobachtung gemäss eine ganze Anzahl von Einzelnvorgängen die Veränderungen zu einem selbstständigen eigenartigen Ganzen gestalten.

Gehen wir nach dieser dem Baue des Epithelioma molluscum im Grossen und Ganzen gewidmeten Betrachtung zu Detailuntersuchung der Retefortsätze über, so fällt uns gleich an der Uebergangsstelle zum normalen Zapfen das Fehlen des Pigmentes auf, womit die Marke durch eine lichtere Stelle gegeben ist. Schaut man sich von da angefangen die dem veränderten Rete angehörige Cylinderzellenschicht näher an, so ist die Zunahme des Volumens der einzelnen Elemente in die Augen springend. Die Zellen sind grösser und breiter geworden, worunter die in der untersten Reihe zwar ihre eigentliche Form vollständig beibehalten; indess an jenen der zweiten und dritten Lage, welche allerdings noch perpendiculär stehen, bereits der nach oben gekehrte Theil unverhältnissmässig aufgetrieben ist. Am auffallendsten und geradezu charakteristisch für den Process ist, dass schon in der ersten Lage Cylinderzellen anzutreffen sind, deren Ränder deutliche Zähnelung oder Riffelung aufweisen. Im Uebrigen ist das Protoplasma allenthalben stark granulirt, der Kern bedeutend vergrössert, oft gespalten oder doch biscuitförmig in Abschnürung begriffen. Auch im Kerne ist die Substanz grob granulirt und ein bis mehrere Kernkörperchen beherbergend. Diese Anzeichen von Vermehrung und Vergrösserung der Zellen finden sich auch in der darauffolgenden Stachelschicht vor. Zu unterst sind die Zellen grob granulirt und bedeutend vergrössert, ihr Rand deutlich gerifft und ihre Form zumeist rundlich. Mehr nach oben begegnet man mit allmäligen Uebergängen grossen Zellen von unregelmässiger Form oder polygonaler Gestalt, einem schwach bestäubten Inhalte und blassen Rande, an dem die Riffelung bereits abgängig ist. Durch diese eingreifende Umgestaltung sind die einzelnen Zellen oft auf ganze

Strecken hin kaum zu unterscheiden und man glaubt vielmehr eine ganze Lage gleichmässigen Protoplasmas, welches von grossen Kernen und Kernkörperchen durchsetzt ist, vor sich zu haben. Vergleicht man nun das Aussehen dieser Zellenlage in der Stachelschicht mit der darauffolgenden Körnerschicht, so erhält man den Eindruck, dass diese sich schon da frühzeitig bildet. Demzufolge erscheint diese umfangreicher und im Verhältnisse zur angrenzenden normalen Partie im Höhendurchmesser mehr denn um ein Vierttheil vergrössert. Offenbar kommt dieses Bild dadurch zu Stande, dass sich in den die Molluskenkörper enthaltenden Retezapfen sowohl die Cylinderzellen wie auch die Stachelzellen früher als sonst die Fortentwickelung eingehen.

Was die eigentliche Epidermisschicht betrifft, so können wir unseren Ausspruch, da sich keine markanten Unterschiede in den einzelnen Lagen zeigen, dahin zusammenfassen, dass sie an Mächtigkeit zugenommen hat. Besonders bemerkbar macht sich dieser Zustand an der nach Unna so bezeichneten Mittel- und Endschicht. Hie und da kann man an der Mittelschicht überdies wahrnehmen, dass die verhornenden Zellen nicht einfach übereinander gelagert, sondern in grösserer oder geringerer Dichtigkeit schief gegeneineinander gekehrt, wie gedreht sind, wodurch in exquisiten Fällen daselbst rundliche, umschriebene Anhäufungen, nicht ganz unähnlich den in Bildung begriffenen Epidermiskugeln vorkommen. Halte ich nun diesen Befund mit dem am Rete erhaltenen zusammen, so gelange ich nothwendiger Weise zur Schlussfolgerung, dass beim Epithelioma molluscum in den interpapillären Retefortsätzen ausser einer Vermehrung der Zellen auch ein gewisses Frühreifen derselben eingeleitet ist, was sodann zur Folge hat, dass auf der Strecke des Stratum corneum eine Anzahl nicht völlig verhornter Epidermiszellen durch einige Zeit liegen bleibt.

Bei der Besichtigung der so veränderten Retefortsätze fällt dem einigermassen aufmerksamen Beobachter eine besondere Art von Gebilden durch ihre Form, Grösse und die Beschaffenheit des Inhaltes auf. Es sind dies die sogenannten Molluscumkörper. In Fortsätzen, wo sie seltener vorkommen, liegen sie zumeist vereinzelt in der untersten Stachelzellenschicht; dort hingegen, wo sie häufiger vorhanden sind, begegnet man ihnen in verschie-



denen Gruppen und Häufchen nicht nur an jedem beliebigen Theile des Rete, sondern überall bis zu den sich abstossenden Zellen der Hornschicht hinauf.

Was die Gestalt dieser Körper betrifft, so ist sie gewöhnlich eiförmig, indess kommt auch die kugelrunde und nach einer oder anderen Richtung ausgezogene vor. Dies hängt immer von der sie begrenzenden Umgebung ab. So z. B. haben die den Cylinderzellen aufliegenden Molluscumkörper einen unteren länglicheren und oberen rundlicheren Theil, während die in Mitten der Stachelzellen gelegenen sich mehr deren rundlicher oder vieleckiger Form anbequemen u. s. w. An Grösse übertreffen sie durchschnittlich die Stachelzellen um ein Bedeutendes, doch gibt es auch solche unter ihnen, welche beträchtlich kleiner als diese sind. Ganz eigenthümlich ist ihr Inhalt beschaffen. Schon eine einfache Betrachtung derselben zeigt, dass dieser ein mannigfacher, und zwar je nach der Stelle des Vorkommens ein verschiedenartiger ist. In den tiefsten Stellen sehen sie im Innern minder oder mehr körnig aus, und lassen oft genug im Centrum, oder was häufiger der Fall ist, seitlich einen Kern erkennen. In der oberen Stachelzellenschicht wird ihr Aussehen ein compact homogenes, ein Gemenge von Fett- und Perlmutterglanz aufweisend, was namentlich bei seitlicher Lage der Körper besonders auffällt, und in der Hornschicht sind sie lichter, transparenter, ihr Inhalt zarter und leichter in Falten sich legend.

Mit Recht haben daher jene Autoren, welche diese Körper zuerst bemerkten, sie als „peculiar globules“ und „bodies“ bezeichnet, und ist es kein Wunder, dass sie sie als ausschliesslich dieser Krankheitsform angehörig angesehen. Die Molluscumkörper sind eben in ihrem Auftreten und in ihrer Erscheinung so eigenartig, dass sie Klebs [1]) von den im gewöhnlichen Sinne aufgefassten Zellen wesentlich zu unterscheiden, und sie vielmehr als eine dem menschlichen Organismus fremde Bildung anzusehen empfiehlt. Und selbst Retzius [2]), der mit grosser Umsicht und genauer Sachkenntniss die Ergründung der Molluscumkörper sich zur Aufgabe gestellt hatte, ist zu dem wenig befriedigenden Ab-

[1]) Handb. d. path. Anat. Berlin 1868. Bd. I. p. 34.

[2]) Deutsche Klinik. 1872. Nr. 8.

schlusse gelangt, dass sie mit dem Retegewebe selbst nicht das geringste zu schaffen haben, sondern selbstständige Bildungen sind. Was jedoch Retzius unter diesem Begriffe verstanden haben will, ist um so schwieriger zu erfahren, da er in der Discussion gegen Andere nur negative Merkmale vorbringt.

Der Idee, dass die Molluscumkörper parasitäre Gebilde seien, hat Bollinger zuerst in concreter Form Ausdruck gegeben. Er hat in Folge fortgesetzter Untersuchungen seine frühere Ansicht [1]), dass die Molluscumkörperchen eine besondere Modification des Zellkernes pathologisch gewucherter Epidermiszellen seien, aufgegeben, und sich jener zugewendet, dass sie Gregarinen seien [2]), welche sich durch Theilung und Abschnürung vermehren. Die Uebertragungen sollen nach B. nur deshalb so selten gelingen, weil beim Menschen die Gregarinen unbeweglich sind und sie die alten kernlosen Formen zeigen.

Zwar hat sich schon früher Virchow mit der Frage beschäftigt [3]), ob diese eigenthümlichen Körper nicht Psorospermienkugeln seien, jedoch hiefür keine genügenden Anhaltspunkte finden können. Es war ihm nicht ein einziges Mal gelungen, auch nur eine Spur früherer oder späterer Entwickelung zu entdecken.

Auch ich habe nur dasselbe Resultat erhalten. Es ist wohl nicht zu läugnen, dass das Aussehen einzelner Molluscumkörper für den ersten Anblick an protozoenartige Gebilde erinnert. Dafür spricht nämlich die rundliche oder eiförmige Gestalt beider, das Vorkommen körnigen Protoplasmas bei der jüngeren und der hyaline Inhalt bei der älteren Gregarine und schliesslich die durchschnittlich gleiche Grösse hier wie dort. — Trotzdem muss sich Jedermann fragen, ob für eine solche Annahme, dass die Molluscumkörper wirklich Gregarinen seien, genügende Beweise gegeben sind. Wer mit der Naturgeschichte der Gregarinen, Psorospermien u. dgl. vertraut ist, wird zugestehen, dass es etwas ganz Abnormes wäre, sie im Zustande der Propagation u. s. w. gerade in der menschlichen Oberhaut zu finden. Nun ist aber davon

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 58.

[2]) Vortrag, gehalten auf d. 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel. Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin. Bd. 5. p. 238.

[3]) l. c. p. 151.

selbst bei sorgfältigster Besichtigung absolut nichts zu bemerken. Ich habe während der ganzen Zeit, als mich diese Frage beschäftigt, weder in dem ausgepressten Inhalte je eine amöboide Bewegung, noch an den zahlreichen mikroskopischen Schnitten je die Spuren einer Fortpflanzung oder Entwickelung der Gebilde beobachten können. Aus all dem schliesse ich daher, dass die Erklärung für das Entstehen der Epitheliomageschwulst anderswo zu finden sein muss *).

Ausgehend von der gewiss noch nicht bis zur Evidenz erwiesenen Annahme, dass das Molluscum contagiosum von Bateman übertragbar sei, hat Retzius [1]) die Möglichkeit ins Auge gefasst, dass es sich dabei um Pilzsporen handeln könne. Er selbst erhebt jedoch gegen diese seine Voraussetzung den Einwand, dass die bedeutende Grösse der Körper mit aller Bestimmtheit dagegen spricht.

In allerjüngster Zeit hat Angelucci [2]) den Beweis vom Vorhandensein pathogener pflanzlicher Mikroorganismen zu erbringen versucht. — Dass solche in den Epitheliomapräparaten mittelst Methylanilin wirklich nachzuweisen sind, darüber kann umso weniger ein Zweifel bestehen, als diese in der That überall, wo organische Theile zur Untersuchung gelangen, anzutreffen sind. Indess einen genetischen Zusammenhang zwischen den vorhan-

*) Anmerkung. Die vorliegende Arbeit war bereits abgeschlossen, als mir im „Monatshefte f. praktische Dermatologie. 1882, März" eine kritische Besprechung des im obigen Texte nachfolgend citirten Aufsatzes von Angelucci zur Hand gekommen ist. In derselben bekennt sich auch A. Neisser zur Annahme, dass „die Molluscumkörper nichts als Körperhüllen, Schalen abgestorbener Gregarinen" seien. Dafür bestimmen ihn einerseits die Resultate der Tinction und andererseits die der Autopsie, dass nämlich in der Grösse der Molluscumkörper ovale Gebilde mit Vacuolen im Protoplasma vergrösserter Epithelzellen vorkommen.

Ich muss auch diesen Argumenten gegenüber an dem oben Gesagten festhalten und hoffe, dass N., wenn er die Lebensgeschichte der Gregarinen ganz speciell berücksichtigt, seinen in dieser Frage eingenommenen Standpunkt aufgeben wird.

[1]) l. c. p. 71.

[2]) Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1881 Nr. 3 und Internat. medical Congress III, London 1881.



denen pflanzlichen Parasiten und dem des fraglichen Knotens hat A., wie schon Neisser ganz richtig bemerkt, nicht nachgewiesen. Ueberdies enthält dessen ganze Darstellung über Aufbau und Wesen des Epithelioma eine solche Summe von irrigen Ansichten, dass wir seinen Versuch, die Frage zu lösen, ohneweiters als einen misslungenen betrachten müssen.

Dem Anscheine nach mit der einschlägigen Literatur weniger vertraut, hat Lukomsky an einer ansehnlichen Anzahl von Epithelioma molluscum sorgfältige histologische Untersuchungen angestellt und ist hiebei zu dem Resultate gelangt, dass die fraglichen Körper in der Schleimschicht der Haut entstehen. Ob jedoch die Zellen des Rete selbst solche Entartung erleiden, vermochte er nicht mit Sicherheit anzugeben. Vielmehr lässt ihn der Befund im Ganzen „vermuthen", dass die grossen Wanderzellen, welche im Corium an der Basis der Geschwulst zu finden sind, in das gewucherte Rete gelangen und dort zu grossen, kugeligen, körnigen Zellen werden, um unter gewissen örtlichen Bedingungen sich in Molluscumkörper umzuwandeln. — L. begnügt sich, wie wir somit sehen, nicht mehr damit, dass er die Körper im Rete entstehen lässt, sondern er geht bereits um einen Schritt weiter und versucht für die Art und Weise, wie dieselben sich bilden, eine Erklärung zu geben. Wir können ihm darin nur beistimmen, dass er jene grossen, rundlichen, körnigen Zellen zu Molluscumkörpern werden lässt, nur ist hiezu das Hinzutreten der Wanderzellen sicher nicht nothwendig. Und als wenn er dies ungeachtet der damals herrschenden Ansicht selber herausgefunden hätte, sehen wir, dass er von dieser Umbildung der Wanderzellen nur vermuthungsweise spricht.

Wir haben all die Möglichkeiten, welche dafür erhoben wurden, dass diese besonderen Körper entweder dem menschlichen Organismus fremde Gebilde oder doch dem Fundorte nach heterogenen Ursprunges seien, eingehend in Erwägung gezogen, weil ihr Aussehen sowie überhaupt der ganze Verlauf der Geschwulst auf einen ganz aparten Process hindeuten. Keine dieser angeführten Erklärungen vermochte jedoch eine befriedigende Lösung zu bieten. Wir wollen deshalb nachsehen, ob denn die Annahme, dass sie von dem beherbergenden Rete abstammen, nicht mehr Berechtigung hat.



Zu diesem Behufe ist es zweckmässig, sich das vorher Gesagte zu vergegenwärtigen, dass nämlich in jenen Retefortsätzen, in denen die Molluscumkörper vorkommen, die Zellen fast durchgehends Veränderungen aufweisen, und dass die Körper, deren Genese uns hiermit beschäftigt, eine gewisse Mannigfaltigkeit zeigen. Wählt man sich nun bei mikroskopischer Einstellung der genaueren Uebersichtlichkeit wegen einen Fortsatz aus, der nur wenig Körper enthält und vergleicht man die Zellen des Rete unter einander, so fallen einige wenige durch ihre Grösse und die ausgesprochen rundliche Gestalt auf. Stellt man eine und die andere dieser auf stärkere Vergrösserung ein, so merkt man, dass entweder nur der Kern allein oder auch das unmittelbar um denselben befindliche Protoplasma intensiver granulirt ist. Im Verhältnisse zu dieser Entwickelung befindet sich gegen aussen ein concentrischer, lichter, verschieden breiter Ring, worauf abermals Protoplasma wie in allen übrigen Zellen folgt. Am Randtheile ist für gewöhnlich kein Unterschied auszunehmen, indem selbst die Riffe oft genug fortbestehen. Ausnahmsweise kommt es jedoch schon während dieses Stadiums vor, dass sich am peripheren Theile des Protoplasma ein dem soeben geschilderten gleich lichter Saum bildet, in welchem Falle der Inhalt der Zelle in toto bedeutende Granulirung und der Rand eine scharf contourirte Membran besitzt. Hält man nun an dieser Abweichung fest und verfolgt man nach dieser Richtung das Schicksal anderer ähnlicher Zellen, so gewahrt man, dass die körnige Granulirung vom Centrum aus immer mehr zunimmt, der erwähnte lichte Ring immer mehr in den Hintergrund tritt und dass schliesslich fast die ganze Zelle von einem auffallend groben Protoplasma ausgefüllt ist. In diesem Zustande ist der Kern nur mehr undeutlich und der Rand in um so schärferen Umrissen zu sehen.

In fortgesetzter Ausbildung treten in dem so gezeichneten Protoplasma lichtere Punkte auf, welche in dem Masse, als sie sich vermehren und vergrössern, jenes zu kleineren Häufchen zusammendrängen, wodurch in der Substanz hellere und dunklere Stellen entstehen. Schreitet dieser Process weiter fort, so wird die Granulation immer geringer und das Ganze sieht aus, wie wenn der allmälig einen Schimmer annehmende farblose Inhalt von





zarten Streifchen durchsetzt wäre. Endlich schwindet auch diese Erscheinung und wir haben ein homogenes, matt glänzendes, kern- und kernkörperchenloses Gebilde, ein unverkennbares Körperchen des Epithelioma molluscum vor uns. — Gewöhnlich sind die Körper von dieser Beschaffenheit höher oben gelagert, dort wo die übrigen Zellen bereits das Aussehen der Körnerschicht annehmen. Mit dem Vordringen in die eigentliche Körnerschicht und dann in das Stratum lucidum u. s. w. lassen sich an ihnen noch fernere, wenn auch nicht gerade so tief eingreifende Veränderungen beobachten. Die Gestalt, die mittlerweile ohnehin schon eine längliche geworden ist, nimmt allmählich immer mehr die Eiform an und die Grösse, die mit der Form stets Schritt hält, nimmt merklich ab. Auch der Inhalt bekommt ein anderes Aussehen. Bei stärkerer Vergrösserung sieht man an demselben Felderchen, welche bald wie ein matter Fettglanz, bald wieder wie Nebelflecken auf einer durchschimmernden Unterlage erscheinen, neben welchen andere von einem perlmutterartigen Glanze liegen. Besonders deutlich treten diese Verhältnisse an solchen dünnen Schnitten hervor, die von Alkoholpräparaten gewonnen werden. Von einem Kern ist absolut nichts zu bemerken. Dabei hat die Substanz den Raum der ursprünglichen Zelle derart ausgefüllt, dass sie nur durch einen zarten lichten Saum von doppelt contourirtem Rande getrennt ist. — In der Hornschicht werden die Körper transparenter, welker, und legen sich namentlich in ihrem mittleren Theile leicht in Falten. — Für mich besteht nach diesen Befunden deshalb kein Zweifel, dass die Molluscumkörper wirklich direct aus den Zellen des interpapillären Rete hervorgehen.

Bekanntermassen hat schon Virchow[1]) durch das Aussehen der Molluscumkörper den Eindruck erhalten, dass diese eine besondere Art der Degeneration epidermoidaler Elemente darstellen. Nur war es ihm nicht möglich, obschon ganz analoge Bildungen in anderen Epidermoidalgebilden vorkommen, den genetischen Zusammenhang aufzufinden.

Bizzozero und Manfredi[2]) äussern sich, dass die Entwickelung der Molluscumkugeln in den Epithelzellen statt hat,

[1]) l. c. p. 151.

[2]) Archiv f. Derm. u. Syph. 1871. p. 599.

ihre wahre Natur bleibt indessen noch unentschieden. — Unabhängig von all den Vorgängen, sagt Lostorfer[1]), dass die Molluscumgeschwulst weder in einer Hypertrophie der Talgdrüsen, noch in einer Wucherung der Enchymzellen der Drüsenfollikel, sondern in einer enormen Wucherung der Epidermis besteht. — C. Boeck[2]) hat mit Zugrundelegung der Arbeiten von Virchow und Retzius die Frage über die Provenienz der Körper einer eingehenden Studie unterzogen, und fasst dieses Ergebniss dahin zusammen, dass er glaubt, „den genetischen Zusammenhang zwischen den Retezellen und den Molluscumkörpern gesehen zu haben". Meines Wissens ist Boeck somit der Erste, der den in seinem Erfolge vielleicht noch bescheidenen Versuch macht, aus dem mannigfachen Aussehen der Zellen des Rete die verschiedenen Entwickelungsvorgänge der Molluscumkörper abzuleiten. Ueberdies enthält die Publication des Autors ungeachtet einzelner kleinerer Versehen eine ganze Fülle von auf genaueren Beobachtungen beruhender, bisher gar nicht berücksichtigter wichtiger klinischer Details, dass ich mich nur wundere, warum sie so wenig Berücksichtigung gefunden hat und wie so Bizzozero und Manfredi zu dem Ausspruche gelangt sind[3]), dass die Arbeit von Boeck nichts mehr als die Wiederholung einiger von ihnen vor fünf Jahren veröffentlichten Resultate ist. Diesen Umstand aber glaube ich umsomehr hervorheben zu müssen, als die erwähnten Autoren ihre zweite, diesen Gegenstand betreffende gewiss nur gründliche Arbeit damit abschliessen, dass ihrer Meinung nach das Molluscum contagiosum eine eigenthümliche Neubildung von rein epithelialem Charakter ist.

Die Annahme, dass die Molluscumkörper aus dem Protoplasma der Retezellen hervorgehen, hält O. Simon[4]) zwar für das Wahrscheinlichste, er glaubt jedoch der Behauptung Bizzozero's und Manfredi's, dass die Kugeln im Inneren der Epithelialzellen entstehen, nicht beistimmen zu können, sondern

[1]) Archiv f. Derm. u. Syph. 1871. p. 184.

[2]) Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph. 1875. p. 23.

[3]) Centralblatt für die medic. Wissenschaften. 1876. Nr. 7. pag. 115 (Anmerkung).

[4]) Vortrag, gehalten in der physiolog. Gesellschaft zu Berlin. 1876. Nr. 3 (Anzeiger).

nimmt vielmehr an, dass sie in den Zellen wie in Eierbechern liegen und sich auf Druck herauspressen lassen. Für die Abstammung der Molluscumkörper aus dem interpapillaren Rete haben sich in jüngster Zeit noch Alfr. Saugster, R. Crocker[1]) u. A. ausgesprochen, doch enthalten sie sich sämmtlich, eine nähere Erklärung darüber zu geben.

Es erhellt somit aus den in ziemlich erschöpfender Weise angeführten Literaturangaben, dass sich gegenwärtig zwar der überwiegend grösste Theil der Autoren für die epidermoidale Abstammung der Molluscumkörper ausspricht, sich jedoch über die eigentliche Natur derselben kaum äussert. So sehr aber diese Manifestationen einen wesentlichen Fortschritt in der Beantwortung der Frage bekunden, so ist doch die Errungenschaft insolange keine vollständige zu nennen, bis nicht der Gegenstand im engsten und eigentlichsten Sinne und in ganzem Umfange zum Abschlusse gebracht ist. Denn noch immer ist es dabei unentschieden, wie so die Körper aus den Retezellen hervorgehen, respective was für ein Process deren Entstehung zu Grunde liegt. Nach Bärensprung[2]) sollen die Molluscumkörper auf die Weise entstehen, dass die ursprüngliche Zelle (?) eine Imbibition von eiweisshältiger Flüssigkeit erhält. — Proben mit der Millon'schen Flüssigkeit angestellt, ergeben zwar oft genug deutliche Eiweiss-Reactionen, doch glaube ich, sind unsere diesbezüglichen Kenntnisse derart mangelhaft, dass aus diesem chemischen Verhalten die Eigenartigkeit der Molluscumkörper noch nicht erklärt ist. Dass der Process auf keiner amyloiden Entartung beruht, davon haben sich schon Virchow und seither Retzius, Lukomsky, C. Boeck u. A. durch Anwendung der Jod-Schwefelsäure-Probe überzeugt. O. Simon[3]) hat die Methylpräparate versucht, ohne ein anderes als ein negatives Resultat zu erhalten. Ich selbst habe überdies die von Kyber[4]) empfohlene empfindliche Methode angewendet und entweder einen entschieden ablehnenden oder aber (Methylanilin) einen dubiosen Erfolg erzielt. Es ist nach Alledem mehr denn wahrscheinlich,

[1]) Lancet. 1880.
[2]) Beiträge zur Anat. u. Path. d. Haut. 1848. p. 97.
[3]) l. c.
[4]) Virchow's Archiv. Bd. 81, p. 279.



dass die Molluscumkörper nicht einfach durch eine amyloide Degeneration entstehen.

Gegen eine colloide Umwandlung der Epidermiszellen, wie das Vidal [1]) annimmt, spricht schon der Umstand, dass sich die Körper gar niemals in dem für die colloide Substanz charakteristischen Aggregationszustande vorfinden. Ausserdem geht ihnen, gleichviel in welcher Schicht immer sie vorkommen mögen, jenes gallertig transparente Aussehen, das beträchtliche Aufquellungsvermögen und das sonst beobachtete Verhalten gegen Essigsäure, Salzsäure u. s. w. ab.

Um so beachtenswerther erscheint mir die in jüngster Zeit von Renaut [2]) gegebene Erklärung, dass das Zustandekommen der Molluscumkörper auf eine atypische Verhornung der Zellen zurückzuführen ist. Nach R.'s Darstellung soll sich um den perinucleolären Theil der Zelle eine hyaline Substanz bilden, welche dieselbe vorerst zur kugeligen Auftreibung veranlasst, und sodann gleich der Rindenschichte in Verhornung übergeht, wodurch die ganze Zelle, nunmehr Molluscumkörper genannt, zu einem der normalen Epidermiszelle gleichen Gebilde wird.

Meine mikroskopisch-chemischen Untersuchungen haben in gewisser Beziehung zu ähnlichen Resultaten geführt. Nur glaube ich Renaut gegenüber vor Allem bemerken zu müssen, dass der abnorme Vorgang bei dem Entstehen des Epithelioma molluscum sich nicht einfach auf das Auftreten der Molluscumkörper beschränkt, sondern dass der Process eine ganze Reihe von eingreifenden Momenten und Veränderungen bedingt, dessen Enderscheinung sodann die kleine Neubildung darstellt, und als deren wesentlichstes Kennzeichen jene Körper anzusehen sind. Um das Gesagte zu erhärten, will ich vorerst des Verhaltens des nachbarlichen Bindegewebes gedenken, und zwar um so eher, als dies gewöhnlich nebensächlich behandelt wird und man darüber kaum einige Worte angeführt findet. Virchow meint, eine irgendwie erhebliche Betheiligung einer bindegewebigen Masse finde dabei nicht statt. Aehnlich lauten die Ansichten der übrigen Autoren. Nur die Gefässe werden als weite im Verhältnisse zur Dicke

[1]) Annales de Derm. et Syph. 1880. p. 404.

[2]) Annales de Derm. et Syphil. 1880. p. 397.



der Wandung beschrieben (Lukomsky). Schenkt man indess dem Bindegewebe und speciell dem zwischen den Lappen und dem um sie befindlichen eine grössere Aufmerksamkeit, so überzeugt man sich, dass in einer grossen Anzahl von Fällen das Endothel der erweiterten Gefässe aufgetrieben und der Inhalt grob granulirt ist. Das Stroma derselben ist gelockert, sieht wie bestäubt aus und ist von zahlreichen Bindegewebszellen, die gewisse Spuren von Reizungszuständen aufweisen, durchsetzt. Dazu kommt nun, dass unabhängig von der in normaler Weise vorkommenden Anzahl von Leucocyten solche in grosser Menge zu sehen sind. Und was den epidermoidalen Theil der Knoten betrifft, so habe ich vorerst anzuführen, dass immer eine Hyperplasie von Zellen stattfindet. Dafür sprechen nicht nur die auffällige Vermehrung derselben in jedem Retefortsatze, sondern auch die grobe Granulirung des Protoplasmas, der getheilte oder in Abschnürung begriffene Kern und derlei Reizungszustände mehr, wie dies an betreffender Stelle geschildert worden ist.

Es kommen aber ausser diesen auf eine Ueberproduction hindeutenden Momenten noch solche Erscheinungen zu Tage, welche jede einzelne Zelle schon von vornherein verändert annehmen lassen, so z. B. das Gerifftsein der Cylinderzellen in den untersten Lagen, das frühzeitige Zerfallen des Protoplasmas u. s. w.

In Fortsetzung des bereits eingeleiteten Processes machen die Zellen des Rete, welche vom Hause aus alienirt sind, die ihnen zukommenden Umwandlungen in zweifacher Richtung durch. Der grösste Theil derselben wird in directer und continuirlicher Weise seiner Bestimmung zugeführt; die Zellen verhornen. Eine kleinere Partie dagegen wird, wie dies bereits nachgewiesen wurde, zu Molluscumkörpern. Letzteres geschieht jedoch nicht mit einem Male, sondern der Inhalt der Zellen wird zuerst stark granulirt, dann scheidet sich eine eleidinartige Substanz aus und indem diese immer mehr überhand nimmt, wird die frühere Zelle zu einem homogenen, transparenten, rundlich-ovalen Körper, welcher von chemischer wie mikroskopischer Seite nur negative Merkmale zeigt. Oder mit anderen Worten die Zelle ist eine hyaline Veränderung eingegangen und dadurch zu einer Molluscumkugel eworden.

Nur eine schmale periphere Zone des Zellleibes, die an die



doppelt contourirte Wand grenzt, erfährt eine weiter gehende Umwandlung. Man kann nämlich schon ganz im Anfange der Entwicklung der Molluscumkörper, zur Zeit als die Zellen nur noch grob granulirt sind, bemerken, dass sich nach innen von dem scharf abgesetzten Rande ein schmaler lichter Saum befindet, der im weiteren Verlaufe fortbesteht und in der Folge frühzeitig verhornt.

Zu dieser Ueberzeugung, dass bei dem Molluscumkörper der mittlere Theil hyalin verändert, die Rindenschicht aber verhornt ist, bin ich auf zweifachem Wege gelangt. Vor Allem ist es nicht schwer, sich darüber durch Einwirkung chemischer Agentien zu unterrichten. Setzt man einem ausgedrückten Geschwulstinhalte eine concentrirte Kalilösung zu, so quillt jedes Molluscumkörperchen bedeutend auf; die Substanz wird granulirt, sieht wie bestäubt aus, und der Saum tritt deutlicher hervor. Nach längerer Einwirkung (24 Stunden) löst sich die Membran auf und man findet eine gleichmässige, weniger durchsichtige, von lichten Streifen bis zur völligen Theilung durchfurchte Masse vor. — Sehr concentrirte Essigsäure bläht die Körper ebenfalls auf, dabei werden sie blass, stark durchsichtig. Nach 24stündigem Verbleiben in derselben ist die Membran stellenweise durchbrochen, der Inhalt hat sich jedoch kaum weiter verändert. In rauchender Salzsäure, kochender Schwefelsäure und Salpetersäure löst sich die Hülle auf, während die Substanz selbst in trübem, undurchsichtigem Zustande fortbesteht.

Noch entschiedener kommen diese Unterschiede von den genannten zweierlei Substanzen durch Anwendung der Tinctionsmittel zur Anschauung. Legt man einen von in Alkohol gehärtetem Präparate gewonnenen dünnen Schnitt in eine stark saure Lösung von picrocarminsaurem Ammoniak, so lässt sich daran mit ziemlicher Promptheit folgende verschiedene Färbung erkennen. An Molluscumkörpern, die in der Mitte eines Haufens liegen, ist die mittlere Partie grünlichgelb gefärbt, indess die Rindenschicht gelblichroth aussieht. Jene Molluscumkörper aber, die laut der gegebenen Beschreibung erst im Werden sind, die somit nur stellenweise jenen eigenthümlichen Glanz reflectiren, im Uebrigen jedoch noch körnig granulirt sind, diese färben sich präcis rothbraun.



Geht man die einzelnen Oberhaut-Färbungen im Schnitte überhaupt durch, so sieht man, dass das eigentliche Rete sich stark rosaroth bis braunroth, die Körnerschicht rothbraun, das Stratum lucidum grünlichgelb und die Mittel- sowie Endschicht gelblichroth färben. Aus dieser vergleichsweisen Gegenüberstellung ergibt sich somit, dass die Mitte eines Molluscumkörpers mit dem Stratum lucidum, die Rindenschicht mit der Mittelschicht der Epidermis und die in Bildung begriffenen Körper mit der Körnerschicht sich gleich färben. Ganz dieselben Färbungsdifferenzen zeigen sich bei einer gelungenen Tinction mit Hämatoxylin und carminsaurem Ammoniak. Besonders scharf treten aber die Unterschiede zwischen centraler und peripherer Schicht durch eine Färbung in dem Millon'schen Reagenz hervor. Hier kann man mit vollständiger Prägnanz erkennen, wie sich die Mitte der Molluscumkörper immer rosaroth und der Rindentheil braunroth färbt.

All diese angewandten chemischen Prüfungen und Färbe-Methoden führen zu der begründeten Schlussfolgerung, dass im ausgebildeten Molluscumkörper das Verhalten des Rindentheiles wesentlich verschieden ist von der central befindlichen Substanz, und dass erstere Partie immer ihr Analogon in der vorgeschrittenen Hornschicht, letztere wieder im Stratum lucidum oder album (Ranvier) findet.

Dadurch findet nun so Manches seine Erklärung, was bisher in den Angaben der Autoren widersprechend schien. So wird uns unter Anderem verständlich, wie so im Gesichtsfelde oft membranlose Körper vorkommen, wie so diese in den Zellen wie Eier in den Eierbechern stecken (O. Simon) und wie durch ihr Ausfallen an den Epidermiszellen Eindrücke entstehen (C. Boeck). All diese Erscheinungen werden nämlich ganz gut möglich, wenn entweder auf mechanischem oder chemischem Wege die Cohärenz zwischen den zweierlei Substanzen aufgehoben wird. — Es wird uns aber auch begreiflich, warum die eigentliche Molluscumsubstanz für die heterogenste Entartung angesprochen wurde. Die hyaline Substanz besitzt eben keine solch bestimmten Merkmale, dass sie positiv nachweisbar wäre, und dann ist sie wie die bedeutendsten Pathologen (Recklinghausen, Cohnheim u. A.) zugeben, kein ganz fertiges, abgeschlossenes Produkt. Sie kann unter gewissen Umständen eine amyloide Degeneration eingehen (Rählmann: Archiv



f. Augenheilkunde, Bd. X, Heft II) und dann können einzelne Molluscumkörper, wie ich dies bei Anwendung der Methylpräparate beobachte, die amyloide Reaction (Kaposi, Auspitz) geben, oder sie wird in Verhornung übergeführt (Renaut). Für die Beurtheilung des Processes sind jedoch diese späteren Umwandlungen kaum von Belang, da sie überhaupt in dem Wesen der hyalinen Modification gelegen sind, und eine sehr oft verschwindend kleine Minderheit ausmachen.

Ich kann also Renaut's Angaben gegenüber nur neuerdings betonen, dass eine ganze Reihe von Einzeln-Vorgängen zusammen wirken müssen, um in ihren Endresultaten das histologische Gepräge und klinische Bild von Epithel. molluscum zuwege zu bringen.

Eine bisher noch unerledigte Frage ist ferner, von welcher Stelle der Zelle die Affection ihren Ausgangspunkt nimmt. C. Boeck [1]) bemerkt darüber, dass man um den Zellenkern herum einen eigenthümlich glänzenden Saum beobachtet, der, indem er immer breiter und breiter wird, schliesslich diese in ihrer Totalität einnimmt, wodurch sie zu einer jungen Molluscumzelle wird. Auch Renaut [2]) äussert sich in ähnlichem Sinne: „la matière translucide, retractile occupant la zone centrale perinucleolaire, s'est transformé en une veritable boule de corne . . . .“ Im Gegensatze zu diesen Autoren lautet meine Erfahrung, dass das Ausscheiden der Eleidinsubstanz bald um den Kern, bald aber auch im Kerne selbst beginnt, wovon es sodann im weiteren Verlaufe des Processes abhängt, ob nur um den Zellkern oder überhaupt im Centrum der Zelle die Bildung jener homogenen hyalinen Modification beginnt. Im ersten Falle bleibt der Kern von dem Processe lange verschont und man kann ihn entweder in der Mitte oder als zur Seite gedrängt beobachten. Im letzteren Falle verliert er gleich zu Beginn seine Selbstständigkeit und ist daher nicht mehr aufzufinden. Es hängt demnach von Umständen ab, ob die Umwandlung der Zellensubstanz zu einer hyalinen Masse vom Centrum überhaupt oder nur von dem perinucleolären Theile ausgeht; gerade so wie es unaufgeklärt ist, warum die eine und

---

[1]) l. c. p. 405.

[2]) l. c. p. 28.

nicht die andere, unmittelbar daneben liegende Retezelle in den Process einbezogen resp. zu Molluscumkörper wird.

Zum Schlusse möchte ich mich noch der Beantwortung der Frage zuwenden, ob denn das Epithelioma molluscum wirklich auch ein contagiosum ist?

Meine diesbezüglichen Nachforschungen haben ein völlig negatives Resultat ergeben. Von histologischem Standpunkte kann ich mich nicht dafür erklären; denn weder kann ich der Annahme Bollinger's und Neisser's beistimmen, dass in dem Knoten Gregarinen vorkommen, noch vermag ich mich Angelucci anzuschliessen, dass das Bacterium lepogenum die Anstekkung vermittele. Ich habe diese Angaben sorgfältig geprüft und habe keine derselben bestätigt gefunden. Es bleibt somit nur noch übrig, wenn man bei der Voraussetzung einer Contagiosität verharren will, irgend ein bisher unbekanntes Agens anzunehmen (Thin), dem die Rolle einer Uebertragung zufiele. So lange es jedoch uns vorenthalten ist, davon Kenntniss zu haben, wollen wir prüfen, welche effectiven Momente überhaupt für solche Vorstellung sprechen?

Die Anhänger einer Contagiosität des Epithelioma molluscum stützen sich auf zweierlei Vorkommnisse. Es sollen Ueberimpfungen mit Molluscuminhalt positiv ausgefallen sein. — Sieht man sich jedoch deren Beschreibung etwas näher an, so gibt es kaum zwei Versuche (Retzius, Vidal), die gewissermassen Glaubwürdigkeit verdienen. Wie gross ist dagegen die Zahl der negativen Ergebnisse? Und wie gering ist wieder diese Zahl im Verhältnisse zu jener, bei der die Uebertragung ebenso ausgefallen, dies aber der Literatur vorenthalten geblieben ist. Ich habe durch viele Monate von allen möglichen Fällen Uebertragungsversuche angestellt, ohne je ein Resultat zu erhalten. Unwillkürlich drängt sich daher der Gedanke auf, ob in den oben berührten wenigen geglückten Fällen nicht etwa ganz andere Factoren als der contagiöse Stoff zum Erfolge beigetragen haben?

Als ein ferneres Argument wird angeführt, dass oft mehrere Kinder derselben Familie (Bateman, Carswell, John, Thomson, Ebert u. v. A.) und solche, die vermöge ihres Zusammenlebens miteinander in Berührung kommen, von Epithelioma molluscum befallen werden. Ich selbst kann aus eigener Erfahrung diesbezüg-



lich einige, zufälliger Weise, Taglöhner-Familien anführen, bei denen mehrere der Kinder Epithel. molluscum haben. Ich gehe noch weiter und erwähne, dass es bei den Puellis publicis gar kein so seltenes Vorkommen ist, dass sie bewusste Geschwülstchen an correspondirenden Stellen tragen. — Sind dies jedoch schon Beweise für eine Contagiosität? In Bezug des ersten Punktes will ich in Erinnerung rufen, dass, wo von mehreren Fällen vermeinter Infection in einer Familie die Rede ist, diese fast ausnahmslos die Kinder betreffen. Von der kindlichen Haut aber wissen wir, dass dieselbe nicht nur auf Reize lebhafter reagirt, sondern vermöge der Ueberreste aus dem Fötalzustande zu Wucherungen der Hornsubstanz, somit auch der Epidermis disponirt. Wie wenige Kinder bleiben z. B. von den Warzen verschont und werden diese vom Leumunde nicht für ansteckend gehalten? Ich glaube daher, dass das Behaftetwerden von Epithelioma molluscum bei mehreren Kindern derselben Familie in erster Linie in der Neigung für epidermoidale Bildungen der Haut seine Erklärung findet. Und was das öftere Vorkommen von Molluscumgeschwülsten an correspondirenden Stellen, z. B. bei den Puellis publicis betrifft, so will ich nur die gleichen Erscheinungen bei nässenden Papeln um die Geschlechtstheile anrufen. Niemandem fällt es mehr heutzutage ein, daran zu denken, dass die eine Papel vermöge ihrer inficirenden Eigenschaft die andere erzeugt, sondern dass sie bei vorhandener Disposition (Syphilis) auf local irritirende Veranlassung entsteht. Und warum sollen wir beim Epithelioma molluscum nicht dieselben Bedingungen gelten lassen können? Wie oft sehen wir Eczeme an beiden Genitocruralfalten gleichzeitig entstehen u. dgl. m.

Ich bin überdies in der Lage, Daten anzuführen, dass sich an beliebiger, anhaltend gereizter Partie der Haut das Epithel. molluscum gebildet hat. So beobachte ich seit Monaten einen 11jährigen Knaben (Eczema universale) auf der Klinik, der trotz des Gebrauches von Theer u. s. w. nicht nur einen grossen Theil der alten Efflorescenzen von Epithelioma molluscum behält, sondern sobald mit den äusserlichen Mitteln ausgesetzt wird, Nachschübe bekommt. Hebra[1]) erwähnt eines Falles von Prurigo

[1]) l. c.

bei einem Knaben, dessen Körper mit mehreren derlei haselnussgrossen Geschwülsten behaftet war. Ebenso finden sich in der Abhandlung von Kaposi[1]) mehrere hieher gehörige Fälle angeführt vor. — Sind auch daher mit Rücksicht auf das Entstehen des Epithelioma molluscum Irritationszustände nicht immer direct nachweisbar, so spricht doch das häufige Auftreten der Geschwulst an empfindlicheren, Reizen öfter ausgesetzten Hautstellen für die Annahme, dass sie wesentliche Gelegenheitsursachen bilden.

Ich komme nach Alledem zu dem Resultate, dass das Wesen des Epithelioma molluscum (Virchow) in einer hyalinen Degeneration der in Folge von Hyperplasie angesammelten Zellen des interpapillären Rete besteht, wofür die Contagiosität gar niemals, wohl aber die Disposition der Haut und in einer Anzahl von Fällen überdies örtlich reizende Einwirkungen die Veranlassungen bieten.

[1]) l. c. p. 352.

Erklärung der Abbildungen zu Tafel VI, Fig. 1 und 2.

Die Zeichnungen sind von zwei senkrecht auf einander folgenden Schnitten bei einer Vergrösserung von Verick: Ocul. 2, Obj. 4, halbausgezogener Tubus angefertigt.

Fig. 1. *a* Retefortsatz mit beginnender Molluscumbildung.
b Ein solcher weiter fortgeschritten.
c Beginnende Sprossenbildung.
d Fortgeschrittenere Form.
f Concentrisch gelagerte Epidermiszellen und Molluscumkörper.

Fig. 2. *e* Ansicht einer drüsig-lappigen Beschaffenheit mit zurückgehaltenem Molluscuminhalte. — Verticalschnitt durch den ganzen Acinus.



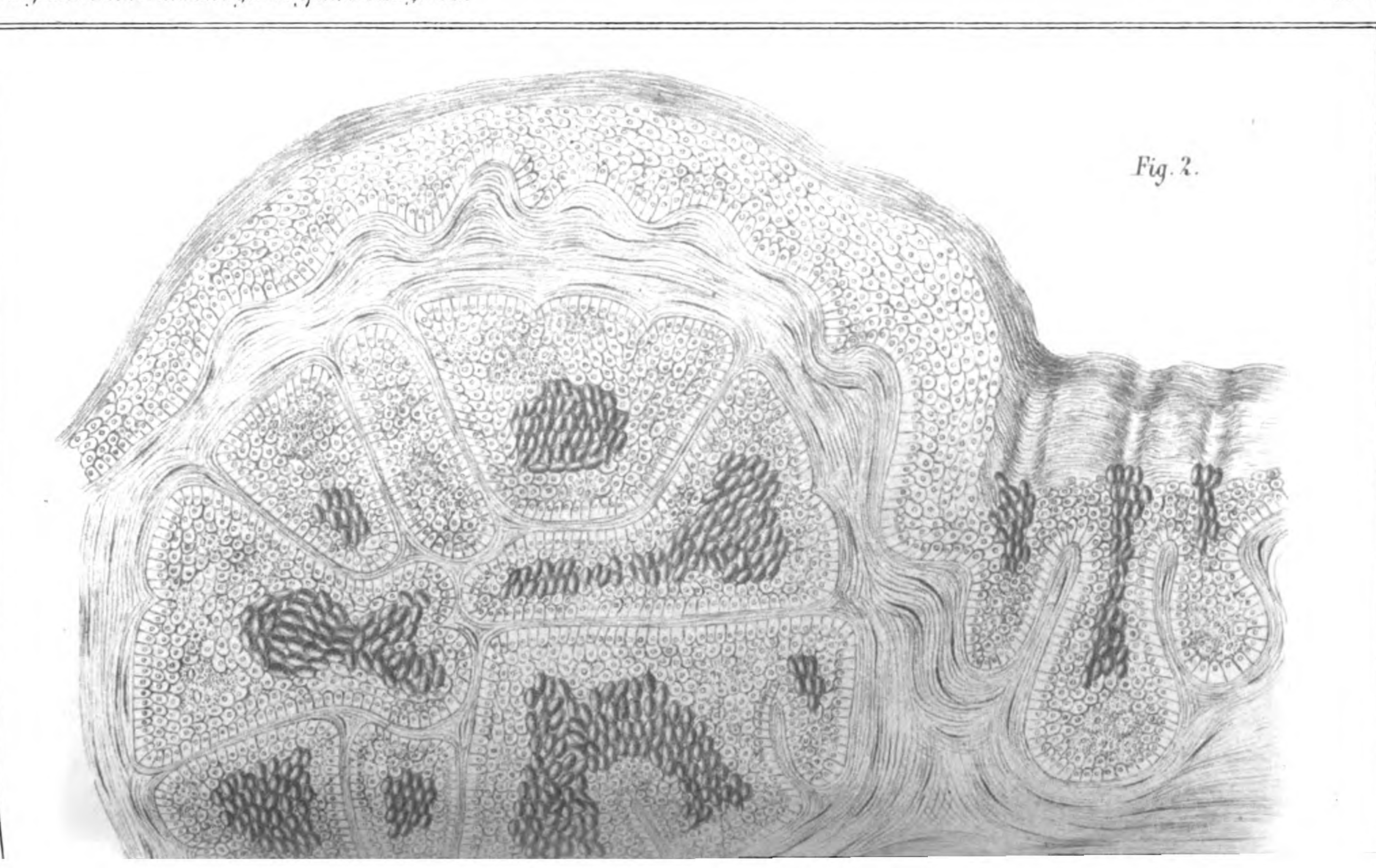
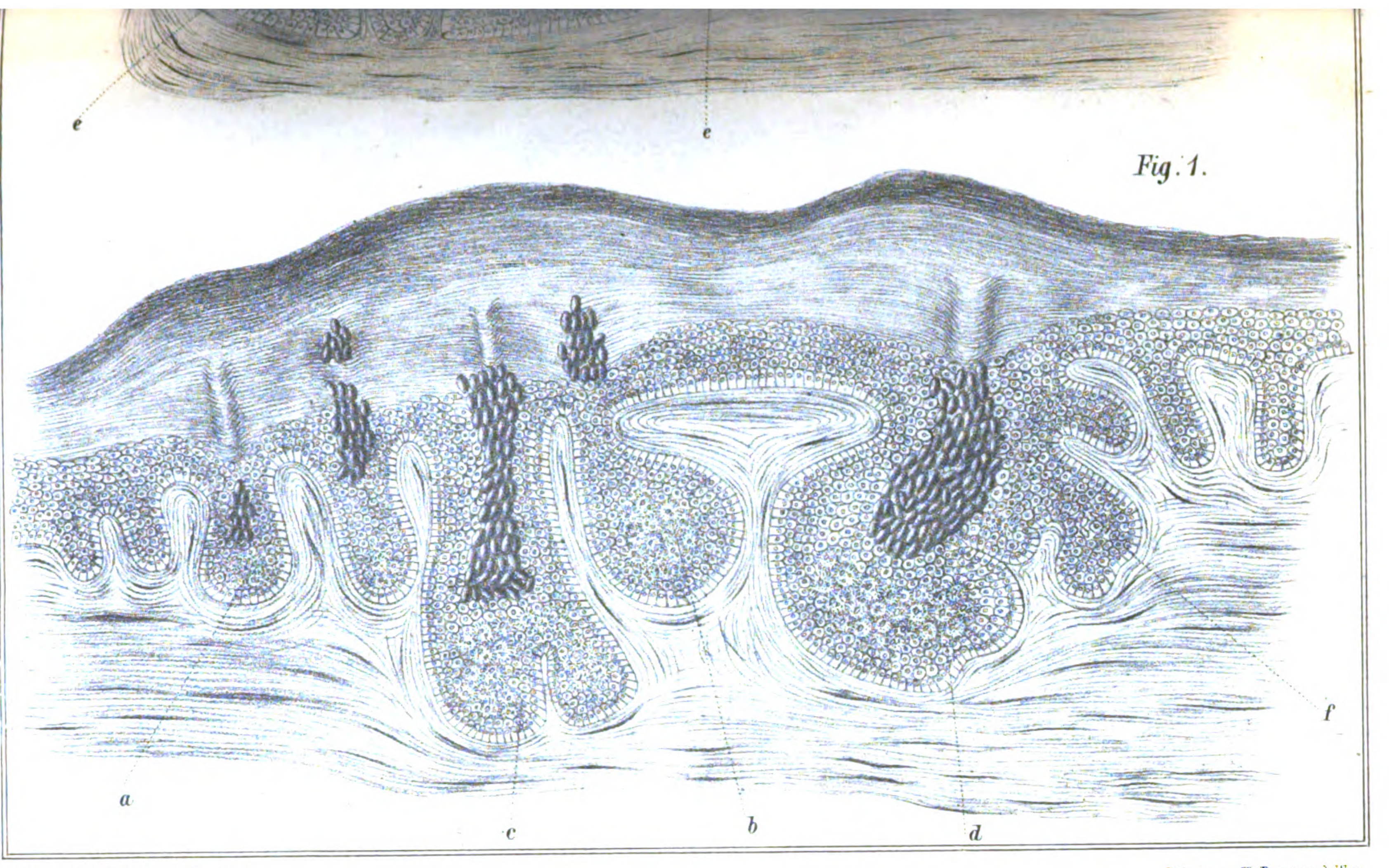


Fig. 2.



Geber: Epithelioma molluscum

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien

Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Einfluss des Nervensystems auf die pathologischen Veränderungen der Haut.

Von

Dr. Arthur Irsai und **Dr. Victor Babesiu**

in Budapest.

Die Summe jener klinischen Erfahrungen, physiologischen und pathologischen Befunde, die auf irgend welchen Zusammenhang zwischen der Erkrankung des Nervensystems und der Haut hinweisen, hat zur Zeit eine Höhe erreicht, deren Bedeutung man sich auf die Dauer nicht wird entziehen können.

Die skeptische Richtung unserer Forschung war aber immer geneigt, besonders in Ermanglung genauer Beobachtungen, das Auftreten gleichzeitiger Erkrankung des Nervensystems und der Haut blos dem Zufalle zuzuschreiben, oder man stellte, indem man bald die eine, bald die andere Erkrankung als die primäre betrachtete, diese in den Vordergrund, während der anderen eine desto untergeordnetere Rolle zugeschrieben wurde; so entzog man sich zugleich der schwierigen Erklärung des allenfalls vorhandenen Zusammenhanges zwischen den beiden Erkrankungen. Auch war es nicht im Plane der Cellular-Pathologie gelegen, so complicirte und histologisch kaum sicher eruirbare Krankheitsursachen anzunehmen.

Immer zahlreichere Fälle aber, in welchen die Veränderungen der Haut sich augenscheinlich unter dem Einflusse des Nervensystems entwickelten, rückten die Frage eines Zusammenhanges zwischen der Erkrankung des Nervensystems und den einzelnen Hautkrankheiten und wie man die in einzelnen Bezirken des Nervensystems und diesen entsprechend auf der Haut vorkom-



menden Veränderungen zu deuten habe, immer näher. Wegen Mangels an objectiven Befunden war man aber lange Zeit hindurch bestrebt, diese Frage nur im Wege der theoretischen Speculation zu beantworten.

Testut [1]) trachtete in einer der Académie de médecine unterbreiteten Abhandlung den Nachweis zu liefern, dass die Hautkrankheiten Folgen trophischer Störungen seien, welch' letztere durch organische oder functionelle Veränderungen des centralen oder peripherischen Nervensystems hervorgerufen werden. So erklärt er sich das symmetrische Auftreten der Veränderungen, deren wirksamer Factor seiner Meinung nach das vasomotorische Nervensystem ist. Testut nimmt bei den trophischen Störungen nur graduelle, nicht aber auch formelle Unterschiede an. Das Fleckenexanthem, die Blasen, Pusteln, Hämorrhagien sind als Folgen einer und derselben activen Hyperämie graduell verschieden. Jede Congestion hat, wenn sie lange anhält, trophische Störungen im Gefolge; so entstehen seiner Meinung nach die Papeln, Schuppen, Knötchen und die gesteigerte Absonderung. Diesen zwei Gruppen stellt er diejenigen Veränderungen gegenüber, die durch Anämie hervorgerufen werden (Ischämie und locale Asphyxie der Extremitäten).

Dowse [2]) äussert sich, indem er einige Fälle von Hauterkrankungen mittheilt, dahin, dass die einzelnen Hautkrankheiten einen entschieden neurotischen, u. z. trophoneurotischen Ursprung haben. — Petri erwähnt die Thatsache, dass er bei Erkrankungen des centralen Nervensystems verschiedene Hautausschläge beobachtete. In gleichem Sinne äussern sich Duhring, Hutchinson und Fox [3]), welche die Entstehung von Hautveränderungen auf neurotischer Basis beobachteten. Fox leitet alle diese Veränderungen aus trophischen Störungen ab und lässt dabei das vasomotorische Nervensystem ausser Acht.

---

[1]) Leo Testut, De la symétrie dans les affections de la peau. Bull. de l'Académie de méd. Nr. 17. 1879.

[2]) Brit. med. Journ. 1879.

[3]) Ueber den neurotischen Ursprung des Lichen planus. Colcott Fox. Brit. med. Journ. March 13. 1880.



Im Jahre 1877 versuchte Lewin [1]) die Eintheilung der Hautkrankheiten nach physiologischen Principien durchzuführen. Es kann, wie er meint, unserer Aufmerksamkeit nicht entgehen, dass krankhafte Processe, die ihren Sitz in der Haut haben, mit solchen Symptomen einhergehen, die für Functionen gewisser, mit besonderer Energie ausgestatteter Nerven gelten. So wie bei Erkrankungen anderer Organe, so kommen auch hier sensitive, motorische, vasomotorische, secretorische und trophische Nerven in Anbetracht. Witzel [2]), ein Schüler Lewin's, führt in einer Abhandlung Gründe an, denen zufolge für das Eczem ein neurotischer Ursprung anzunehmen sei. Diese Annahme wird, wie es scheint, unterstützt durch die Resultate, die dieser Forscher durch die Anwendung des Ergotins erreicht hat, so wie auch durch das so häufig beobachtete gleichzeitige Auftreten des Eczems mit manchen Nervenkrankheiten, z. B. der Tabes dorsalis, dem Asthma bronchiale. Ausserdem spricht für diese Annahme der wohlthuende Einfluss, den die Elektricität auf die betreffenden Hautpartien ausübt. Ein besonderes Gewicht legt Witzel auf den Zusammenhang des Eczems mit dem Asthma bronchiale, da dieses nach der Ansicht einzelner Forscher unter vasomotorischem Einflusse entsteht; demgemäss hält er das Eczem für die Folge des durch das vasomotorische Nervensystem ausgeübten Einflusses. In den Fällen, wo mit anderen nervösen Symptomen kein Zusammenhang constatirt werden kann, nimmt Witzel, gestützt auf den mit der Elektricität und dem Ergotin erzielten Erfolg an, dass das Eczem durch Störungen in dem peripherischen Theile des vasomotorischen Nervensystems hervorgerufen würde. Die Frage, in welchem Erregungszustande sich das vasomotorische Nervensystem befinde, ob es die gefässverengenden oder die gefässerweiternden Elemente seien, die an dem Vorgange hauptsächlich betheiligt sind, muss in den einzelnen Fällen entschieden werden. So kann z. B. ein Eczem, das im 3. Stadium der Ataxie auftritt, aus der Lähmung der vasomotorischen Nerven, das Eczem bei der

---

[1]) Ueber den Einfluss der Nerven auf die Erzeugung und Entwicklung der Hautkrankheiten. D. Zeitschr. f. prakt. Med. 1877.

[2]) Ueber d. nervösen Charakter des Eczems u. Behandlung desselben. Oscar Witzel. Inaug.-Dissertat. 1879.



Hysterie hingegen vielleicht aus der Reizung der Hemmungsnerven erklärt werden.

Die Anwendung der Elektricität ist von den Amerikanern (Beard, Kinsman Fitch) bei der Therapie des Eczems empfohlen worden. Der ausgezeichnete Erfolg, den sie dadurch erreicht haben, spricht wieder für den vasomotorischen Ursprung des Eczems. Das Ergotin ruft, indem es die Nerven der glatten Muskelfasern beeinflusst, Verengerung der Gefässe hervor. Witzel selbst will auf Prof. Lewin's Klinik in 30 Fällen mit diesem Mittel die schönsten Erfolge erzielt haben.

Den neurotischen Ursprung des Herpes Zoster wird bei dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft wohl Niemand mehr bezweifeln.

Charcot nimmt auf Grund seiner Experimente an, dass die Zerstörung des Rückenmarks, wenn darauf keine Entzündung folgt, die Ernährung der gelähmten Theile nicht beeinträchtigt und diese Annahme wird durch Brown-Séquard's [1]) Experimente wesentlich unterstützt. Brown-Séquard hat nämlich durch zahlreiche Versuche an Thieren nachgewiesen, dass trophische Störungen, wie z. B. Ulcerationen auf der Haut, die sich nach der Zerstörung des Rückenmarks rasch entwickeln, eigentlich darum auftreten, weil das Thier wegen der Anästhesie und Paralyse unfähig ist, sich gegen äussere schädliche Einflüsse zu schützen.

Anders verhält sich aber die Sache, wenn es sich nicht um einfache Läsionen handelt, sondern wenn die Verletzung des Rückenmarks eine Entzündung hervorruft; hier treten „Ausschläge, die regelmässig zur Ulceration oder Gangränescenz führen, auch dann auf der Haut auf, wenn für die scrupulöseste Reinlichkeit Sorge getragen wird" [2]). In diesem Sinne fasst Mougeot [3]), ein

[1]) Brown-Séquard, Sur les altérations pathologiques qui suivent la section du nerf sciatique. Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. I. B.

[2]) Notes sur quelques cas d'affection de la peau, dependant d'une influence du système nerveux. Journal de physiol. 3. III. B. 5.

[3]) B. A. Mougeot, Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs. Paris 1867.



Schüler Charcot's, die nach Verletzung der peripherischen Nerven sich entwickelnden Hautaffectionen auf.

Charcot[1]) und Bärensprung[2]) haben beobachtet, dass ein nur auf die Ganglien und die Spinalnerven beschränkter entzündlicher Process das Erscheinen des Herpes Zoster auf der den angegriffenen Nerven entsprechenden Hautpartie im Gefolge haben kann. Charcot sah nämlich bei Carcinom der Wirbelsäule, wo in Folge der Erweichung der Wirbel die Wirbelkörper zusammensanken und die Nervenstämme in den Intervertebrallöchern sich entzündeten, auf dem der Verbreitung des rechten Cervicalplexus entsprechenden Hautbezirke den Herpes Zoster sich entwickeln. Bei der Section wurden nach Eröffnung der rechtsseitigen Intervertebrallöcher die Spinalganglien und die Nervenwurzeln angeschwollen und lebhaft geröthet gefunden[3]).

Charcot beobachtete oft das Auftreten von papulösen und lichenösen Eruptionen auf der Haut der Füsse und Schenkel bei Tabetikern während der eigenartigen Schmerzanfälle.

Bei einer Frau traten Urticariaquaddeln, bei einer anderen die Gürtelflechte auf. In einem Falle entwickelte sich dem Verlaufe des Nervus saphenus internus folgend, ein pustulöses Exanthem; der Eruption gingen lancinirende Schmerzen voraus.

Auf Grund dieser Thatsachen hält es Charcot für wahrscheinlich, dass die lancinirenden Schmerzen und die Efflorescenzen auf dieselbe organische Ursache zurückzuführen seien.

Duncan[4]) bringt in einem Falle die Entwicklung der Gürtelflechte mit einer Gehirnaffection in Zusammenhang. Die Gürtelflechte trat auf dem gelähmten Schenkel, fast gleichzeitig mit der Lähmung auf und ebenso gleichzeitig erfolgte auch die Rückbildung beider Affectionen.

Wir dürfen die Beobachtungen Charcot's und Samuel's nicht unerwähnt lassen, die sich auf eine besondere Form des Decubitus

---

[1]) Charcot et Cotard, Sur un cas de zona du cou avec altérations des nerfs du plexus cervical et des ganglions correspondents des racines spinales postérieurs. Mémoires de la Société de biologie.

[2]) V. Bärensprung, Beiträge zur Kenntniss des Zoster. Archiv für Anat. u. Physiol. 4.

[3]) Charcot et Cotard, Sur un cas de zona etc.

[4]) Journ. of Cut. Med. Erasmus Wilson.

beziehen, welche sich im Anschlusse an schwere Affectionen des Gehirns und Rückenmarks ausbildet und deren Entwicklung, wie es scheint, nicht allein unter dem Einflusse des Druckes erfolgt. Diese Form des Decubitus unterscheidet sich von derjenigen, die vom Nervensystem unabhängig ist, durch das gleichzeitige Auftreten mit der Erkrankung des centralen Nervensystems, so wie auch durch den schnellen Verlauf. Weiterhin ist es charakteristisch für diese Form, dass sie nur auf der gelähmten Seite beobachtet wird. Endlich liegen von Chvostek[1]), Balmer[2]) und Déjerine[3]) Beobachtungen vor, die entschieden auf einen Zusammenhang des Pemphigus acutus mit Erkrankungen einzelner Gehirn- oder Rückenmarksganglien hinweisen.

Diese genauen und wichtigen, von den genannten und anderen ausgezeichneten Forschern stammenden Beobachtungen haben es ausser Zweifel gestellt, dass Affectionen des Nervensystems Veränderungen der Haut hervorrufen können. Unserer bescheidenen Meinung nach werden fortan auf die diesbezüglichen Untersuchungen von grossem Einflusse diejenigen Resultate sein, die in neuester Zeit von einigen Forschern mitgetheilt wurden, wo nämlich entsprechend dem im Leben beobachteten pathologischen Zustande der Haut nach dem Tode bald in einem, bald in einem anderen Theile des Nervensystems pathologische Veränderungen constatirt wurden. Wir erachten es für nothwendig, schon hier zu bemerken, dass die auf der Haut beobachtete und die in irgend welchem Abschnitte des Nervensystems gefundene anatomische Veränderung in mehreren Fällen sich als so constant erwies, dass es unmöglich ist, ein engeres Verhältniss zwischen beiden nicht anzunehmen. Wir wollen übrigens auf diese Frage noch später zurückkommen.

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1875 Nr. 32. Im ersten Falle: rechtsseitige Lähmung; Ende der 4. Woche Erscheinen von Pemphigusblasen auf dem äusseren Rande des gelähmten Fusses, von stechenden Schmerzen begleitet. Im zweiten Falle entwickelte sich der Pemphigus acutus unter myelitischen Symptomen.

[2]) Balmer, Arch. f. Heilk. XVI. 4. Auftreten des Pemphigus im Laufe der progressiven Muskelatrophie.

[3]) Déjerine, Académie des sciences 1876. Im letzten Stadium der symmetrischen Lateralsclerose trat 10—12 Tage vor dem Tode Pemphigus auf den oberen und unteren Extremitäten auf.

Jarisch[1]) hat, indem er von der Annahme ausging, dass viele Hautkrankheiten vielleicht nur Symptome innerer pathologischer Processe oder Folgen des im centralen Nervensystem bestehenden krankhaften Zustandes seien, das Rückenmark eines Weibes mikroskopisch untersucht, das mit Herpes Iris behaftet war und später, nachdem vorher am Kreuzbeine ein Decubitus sich ausbildete, an Pneumonie gestorben ist.

Bei der 61jährigen Kranken trat, von Kopfweh und Appetitlosigkeit begleitet, auf beiden Handrücken und über den Ellbogengelenken ein heftig juckender Ausschlag auf, der sich später über den ganzen Oberkörper ausbreitete; die Haut des Kopfes und des Gesichts war geröthet, geschwollen, mit Krusten und mit theils in Gruppen, theils einzeln stehenden blasigen Eruptionen auf dunkellividem Grunde, bedeckt. An den übrigen betreffenden Stellen, sowie auf dem Ober- und Unterarme, der Brust und dem Bauche, bestanden die Efflorescenzen theils aus dunkelblauen, röthlichen, leinkorngrossen Knötchen oder Bläschengruppen, theils aus grösseren, bis haselnussgrossen Blasen. Auf der trockenen Schleimhaut befanden sich einzelne ulcerirte, gelblich-rothe Flecken: Temperatur 40° C.; Urin eiweisshaltig; Milz vergrössert; in der motorischen und sensitiven Zone keine Abweichung vom Normalen. Der tödtliche Ausgang erfolgte nach fünf Wochen in Folge einer Pneumonie, nachdem sich die Affection der Haut schon 14 Tage vorher vollständig zurückgebildet hat. Das in $^1/_{10}$ percentiger Chromsäure und in Alkohol gehärtete Rückenmark zeugte mikroskopisch folgende Abnormitäten: Die mittleren und hinteren Theile der Vorderhörner waren theils aufgelockert, theils ausgefallen und dem entsprechend waren auf den in dieser Höhe angefertigten Schnitten, theils symmetrische Höhlen, theils Herde von lockerer Consistenz zu sehen. Die in dem Rückenmark befindlichen Veränderungen erstreckten sich vom 3. bis zum 8. Brustwirbel, während ihr Ausschlag sich über die Haut vom Scheitel bis zum Nabel ausbreitete. Die mikroskopische Untersuchung wies folgende Veränderungen nach: Die Ganglienzellen waren stellenweise grobkörnig, hie und da mit verdickten und gleichfalls grobkörnigen Fortsätzen versehen,

[1]) Jarisch, Ueber die Coincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarks. Sitzungsberichte der kais. Akad. d. W. und diese Vierteljhrschr., Wien 1880.



während an anderen Zellen der Fortsatz abgebrochen erschien; ausserdem wurden körnige Massen gefunden, die noch ihre Abstammung von den Ganglienzellen verriethen. Die graue Substanz bildete ein dicht verfilztes fibrilläres Gewebe, mit dessen Fasern einzelne Zellen mittelst pinselartiger Fortsätze in Verbindung standen; ausserdem fand man Herde, die den Myelintropfen ähnliche Körnchen enthielten; stellenweise war ein Reticulum, das mit gewissen sporogenen Filzen eine auffallende Aehnlichkeit besass, zu sehen; endlich befanden sich in schon makroskopisch sichtbaren Herden zahlreiche, rundliche, stark gefärbte Körperchen, theils von der Grösse der weissen Blutkörperchen, theils grösser oder kleiner.

Nach Stricker[1]) muss man diese Veränderungen für entzündlich betrachten; es handelt sich also hier um eine entzündliche Affection der grauen Substanz in demjenigen Theile des Rückenmarks, in dem sich nach Charcot[2]) die trophischen Centren der Haut befinden. Zugleich wollen wir die Untersuchungen Jarisch's erwähnen, die er an syphilitischen Kranken, so wie in je einem Falle von Lupus erythematosus und von Psoriasis vulgaris anstellte. Bei der Untersuchung des Rückenmarks fand er wesentlich dieselben Veränderungen der grauen Substanz. Seiner Meinung nach beweisen also diese Veränderungen, sowie allenfalls die constante Localisirung des pathologischen Processes in den mittleren und den seitlichen hinteren Theilen der Vorderhörner mit Gewissheit, dass zwischen der Erkrankung der Haut und den Veränderungen der Vorderhörner ein ursächlicher Zusammenhang bestehen muss; dass weiterhin die mittleren und Seitentheile der Vorderhörner die Function der Haut wesentlich beeinflussen.

Dem oben beschriebenen Falle ist der von Kahler und A. Pick[3]) schon früher mitgetheilte Fall ähnlich, wo in dem Rückenmarke eines syphilitischen Kindes sich gleichfalls Veränderungen vorfanden. Der Befund ist eigentlich nicht identisch mit dem eben beschriebenen, indem sich der sclerotische Herd in dem Seitenstrange befand und neben einem feinfaserigen Reticulum mit

---

[1]) Stricker, Vorles. über allg. u. experim. Pathologie. III. Abth.

[2]) vorträge über die Krankheiten des Nervensystems. I. Theil.

[3]) Befund im Rückenmarke eines syphilitischen Kindes. Prager Vierteljahrschr. 142.

reichlich entwickelten Gefässen versehen war. Eine secundäre Degeneration war nicht vorhanden.

Tschirjew[1]) fand in einem Falle von Lepra anaesthetica Veränderungen im Rückenmarke, indem in dessen Halssegmente der Centralkanal mit Zellen angefüllt war und die Zellen der Hinterhörner sich in atrophischem Zustande befanden. Auf Grund der bisherigen Untersuchungen hatte man nämlich bei der Lepra anaesthetica Veränderungen in der grauen Substanz des Rückenmarks angenommen. Neumann sah in einem Falle von Pemphigus leprosus die graue Substanz in eine Colloidmasse verwandelt. Steudener fand eine Erweichung der grauen Substanz der Hinterhörner, und ähnlich war der Befund in dem von Langhans beobachteten und mitgetheilten Falle, wo sich die Erkrankung auch noch auf die Clarke'schen Säulen erstreckte. Durch diese überzeugenden Resultate ist für die Erklärung des Zusammenhanges zwischen gewissen Erkrankungen des Nervensystems und denen der Haut eine bestimmte Richtung gegeben und darum haben wir uns die Frage gestellt: ob es nicht möglich wäre, diesen Zusammenhang auf experimentellem Wege näher zu erklären.

Bei unseren diesbezüglichen Untersuchungen befolgten wir folgendes Verfahren: Die zu den Experimenten verwendeten Thiere waren Hunde, bei deren einigen das Rückenmark, bei anderen der Sympathicus als Versuchsobject diente.

Bei der ersten Versuchsreihe haben wir das Rückenmark der Thiere theils traumatisch, theils durch Einspritzung einer entzündungerregenden Flüssigkeit gereizt. Nachdem das sorgfältig rasirte Thier mit der Bauchfläche nach unten gewendet an den Operationstisch fixirt worden war, machten wir entsprechend der Mitte der Entfernung zwischen dem Spinalfortsatze und dem hinteren Gelenkfortsatze mit einem convexen Scalpell eine 2—3 Ctm. lange Hautwunde. Hierauf konnte man nach der Lospräparirung der Muskeln neben dem Gelenkfortsatze in das Rückenmark eindringen, wobei das Instrument in der durch die Fortsätze gebildeten Spalte um einige Millimeter nach vorne und etwas gegen die

[1]) Tschirjew. Affection des Rückenmarks und der Haut in einem Falle von Lepra anaesthetica. Arch. f. Physiol. VI. 5–6. Nov. u. Dec.

[2]) Arch. f. path. Anat. LXIV. Heft 2.



Mittellinie geführt wurde. Bei Hunden ist die Lücke zwischen dem Dorn- und dem Gelenkfortsatze am Lendentheile der Wirbelsäule sehr ausgeprägt und man kann mit einem schmalen Messer leicht bis an das Rückenmark gelangen. Der obere Theil der Wirbelsäule ist anders gestaltet; hier reduciren die sich deckenden Dornfortsätze sowie die oberen Wirbelbögen die erwähnte Lücke auf ein Minimum, so dass man sich ihrer zu Vivisectionszwecken nicht bedienen kann. (Bei einem kleinen Hunde beträgt die Entfernung zwischen dem Dorn- und dem oberen Gelenkfortsatze 8—10 Mm., bei einem solchen von mittlerer Grösse 12 bis 15 Mm.) Dieses Verfahren wurde darum gewählt, weil dadurch der Vorder- oder Seitentheil des Rückenmarks mit möglichster Schonung des oberen Theiles verletzt werden kann, was eigentlich auch geplant wurde. Bei einigen Thieren dieser Versuchsreihe wurde hingegen Oleum sinapis durch dieselbe Spalte mittelst einer Pravaz'schen Spritze in das Rückenmark injicirt. Bei diesem Verfahren wird das Rückenmark auf einer so umschriebenen Stelle verletzt und der Eingriff selbst wird, wie das aus den einzelnen Versuchen hervorgeht, relativ so gut von den Thieren ertragen, dass es eben aus diesem Grunde vortheilhafter ist, als eine andere Art der Verletzung des Rückenmarks, die darin besteht, dass das Rückenmark nach Abtragung der oberen Theile der betreffenden Wirbel blossgelegt wird.

Man kann zwar hierbei eine bestimmte Stelle, die frei vor unseren Augen liegt, vielleicht genauer verletzen, aber der grosse und schwere Eingriff und die darauf folgende Reaction (starke Entzündungen und umfangreiche Eiterungen) benehmen den Versuchsresultaten die erwünschte Reinheit. Von den während und nach der Operation aufgetretenen Symptomen wird bei den einzelnen Fällen die Rede sein. Hier muss noch bemerkt werden, dass die Operationen ohne Narcose ausgeführt wurden, da auch wir uns überzeugten, dass die Hunde für das Chloroform eine grössere Empfänglichkeit bekunden, als die Menschen, so dass nur eine sehr geschickt und achtsam geleitete Narcose das Thier am Leben erhält. Injiciren von Opium in eine Vene hingegen ist eine sehr langwierige Procedur. Während der Operation war die Blutung gewöhnlich so unbedeutend, dass sie durch aufgelegte Schwämmchen gewöhnlich in einigen Minuten gestillt werden



konnte. Nach Vereinigung der Hautwunde erhielten die Thiere einen antiseptischen Verband und wurden, vom Tische losgebunden, in einen Käfig untergebracht.

Bei dreien unserer zahlreichen Experimente dieser Versuchsreihe haben wir reine positive Resultate erzielt, und diese wollen wir hier in ihrem ganzen Umfange mittheilen, während wir die übrigen, wo die Resultate negativ ausfielen, nur kurz erwähnen werden.

Experiment Nr. I.

Ein mittelgrosser Windhund wurde am 19. März operirt. Der 3 Ctm. lange Hautschnitt wurde in der Höhe des 1. und 2. Lendenwirbels geführt. Nach der Lospräparirung der Weichtheile wurde rechts durch die oben beschriebene Lücke mittelst einer Pravaz'schen Spritze 1 Tropfen Oleum sinapis injicirt. Während der Operation befiel das Thier ein krampfhaftes Zucken. Die Blutung, wenn man sie so nennen darf, war in kurzem gestillt und nach der Vereinigung der Wundränder erhielt das Thier einen antiseptischen Verband. Vom Operationstisch losgebunden war der Hund unfähig sich auf die hinteren Extremitäten zu stützen; im Käfige rührte er die ihm vorgelegten Nahrungsmittel nicht an. Am folgenden Tage wollten wir den Gang des Thieres untersuchen, mussten uns aber überzeugen, dass beide hinteren Extremitäten gelähmt waren und dass es, unfähig das Gleichgewicht während des Gehens zu erhalten, sich mit dem ganzen hinteren Körpertheile stark auf die rechte Seite neigte. Der Urin wurde unter sichtbarer Anstrengung stossweise entleert. Am 3. Tage heilte die Wunde per primam und so konnten die Nähte entfernt werden; von einer Eiteransammlung war keine Spur vorhanden und ein neuer Verband wurde nur vorsichtshalber applicirt. Am 4. und 5. Tage wurde keine Veränderung wahrgenommen; der Lähmungszustand blieb derselbe, die Urinentleerung war unregelmässig, die Haut normal. Am 6. Tage wurde der Verband entfernt; das Thier verhielt sich bei gutem Appetit im Allgemeinen sehr ruhig. Am 8. Tage traten rechts von der Wirbelsäule, sich gegen die Bauchgegend verbreitend, vom 2. Lendenwirbel abwärts auf leicht röthlichem Grunde theils alleinstehende, theils in Gruppen geordnete, beiläufig hanf-



korngrosse Bläschen auf. Ausserdem erschienen einzelne röthliche Flecken auf der rechten Seite des Hinterkörpers; am 9. Tage traten noch einige Bläschen zu den schon vorhandenen hinzu. Nach dreitägigem Bestande verfielen die Bläschen der regressiven Metamorphose. Unterhalb der Läsion war die Haut auf beiden Seiten beiläufig in demselben Grade atrophisirt. Später konnte man auf die vorhergegangene Eruption nur aus den zurückgebliebenen Pigmentflecken schliessen. Von dieser Zeit an traten au dem Thiere keine Veränderungen mehr auf.

Nach sechswöchentlicher Beobachtung wurde das Thier getödtet und das Rückenmark behufs Härtung in Müller'sche Flüssigkeit gelegt.

Experiment Nr. II.

Das hiezu verwendete Thier war eine kleinere Hündin. Operation am 26. März. Rechts von der Wirbelsäule wurde in der Höhe des letzten Brust- und des ersten Lendenwirbels eine 3 Ctm. lange Hautwunde gemacht. Nach der Durchtrennung der Musculatur drangen wir dem ersten Lendenwirbel entsprechend durch die bekannte Spalte mit einer Staarnadel in den vorderen Theil des Rückenmarks ein und führten hier Seitenbewegungen aus. Hierauf entfernten wir das Instrument. Beim Einstiche befiel das Thier ein krampfhaftes Zucken, nach Entfernung der Staarnadel wurden aber keine Krämpfe mehr beobachtet. Da die Blutung sehr gering war, konnten die Wundränder kurze Zeit darauf vereinigt werden. Nachdem ein antiseptischer Verband angelegt war, wurde das Thier vom Tische losgebunden. Unmittelbar nach der Operation war das Thier unfähig, sich auf die hinteren Extremitäten zu stützen.

Am Tage nach der Operation ist das Thier sehr traurig, lässt das Futter unberührt und verharrt fortwährend in liegender Stellung. Zum Gehen bewogen ist es kaum im Stande, sich auf den hinteren Extremitäten stehend zu erhalten; auffallend ist aber die Schwäche der rechten hinteren Extremität, die das Thier fast immer eingebogen hält, so dass bei aufrechter Stellung der Hinterkörper niederer gestellt ist, als der Vordertheil. Am 3. Tage nach der Operation ist die Wunde per primam geheilt, so dass der Verband entfernt werden kann. Das Thier ist sehr matt, nimmt wenig Nahrung zu sich; beim Gehen zieht es die stark

eingebogene hintere Extremität nach sich. Der Urin wird langsam und stossweise entleert, das Thier strengt sich dabei sichtlich sehr an, da es den Körper stark beugt und dem Boden nähert. Nach der Entfernung der Naht wird ein frischer Verband angelegt.

In diesem Zustande blieb das Thier 3 Tage hindurch. Am 7. Tage machte sich entsprechend der Wunde in der Tiefe eine Eiteransammlung bemerkbar, die Wunde musste daher wieder geöffnet und der Eiter herausgelassen werden; nach der Ausspülung mit Carbolwasser wurde neuerdings eine Naht und darüber ein frischer Verband angelegt. Nach 2 Tagen, also am 9. Tage nach der Operation, waren die Wundränder wieder vereinigt und keine Eiterung vorhanden. Die Haut ober den Gesässmuskeln ist beiderseits mit einigen härteren Knötchen bedeckt. Am 12. Tage der Beobachtung traten beiderseits von der Wirbelsäule, den Lendenwirbeln entlang, auf rothem Grunde zahlreiche hirse- bis hanfkorngrosse Bläschen auf; auf der rechten Seite bildeten sie grössere Gruppen, auf der linken hingegen waren nur einige einzeln stehende vorhanden.

Nach 5 Tagen hatten sich die Eruptionen zurückgebildet und in der späteren Zeit waren sie nur durch Pigmentflecken angedeutet. Auch bei diesem Thiere konnte unterhalb der Läsionsstelle Atrophie der Haut beobachtet werden, die besonders auf der rechten Seite gut ausgeprägt war. Der Lähmungszustand blieb derselbe, das Thier wurde aber munterer und bekam besseren Appetit. Wir liessen es noch bis zum 1. Juli, also 9 Wochen hindurch, am Leben, wo es dann, nachdem keine Veränderungen mehr auftraten, getödtet und sein Rückenmark in Müller'sche Flüssigkeit gelegt wurde.

Experiment Nr. III.

Das hiezu verwendete Thier war ein Rattler. Die Operation wurde am 27. März ausgeführt. Der 3 Ctm. lange Hautschnitt wurde links in der Höhe des 1. und 2. Lendenwirbels gemacht. Nach der Lospräparirung der Muskeln wurde dem 1. Lendenwirbel entsprechend durch die öfters genannte Spalte ein feines Tenotom in den Wirbelkanal eingeführt und so mittelst schwacher Seitenbewegungen das Rückenmark verletzt. Beim Einstiche zuckte das Thier heftig, nach der Entfernung des Tenotoms

aber traten keine Krämpfe mehr auf. Die Blutung war minimal. Nach Anlegung einer Naht erhielt das Thier einen antiseptischen Verband.

Losgebunden ist das Thier absolut unfähig sich auf die hinteren Extremitäten zu stützen und während des Gehens schleppt es den Hintertheil des Körpers nach sich. Am folgenden Tage ist das Thier matt, rührt kaum das Futter an und liegt fortwährend; zum Gehen angespornt kann es sich auf die linke hintere Extremität, die unthätig am Körper hängt, nicht stützen. Die Sohle ist stark nach aussen und oben gebogen. Die rechte hintere Extremität ist schwach, ermüdet schnell und knickt alsbald zusammen. Der Urin träufelt fortwährend.

Am 3. Tage nach der Operation ist das Thier viel munterer, verlässt aber seine liegende Stellung dessenungeachtet nicht; beim Stehen stützt es sich nur auf die zwei vorderen und die rechte hintere Extremität. Diese ist aber auch etwas eingebogen und nach längerem Stehen versagt auch sie den Dienst. Die linke Extremität hält das Thier eingebogen und berührt damit den Boden nicht. Beim Gehen neigt sich der Körper auf die linke Seite und die linke hintere Extremität wird nur nachgeschleppt, während die Sohle stark nach aussen und oben gedreht ist. Nach Entfernung der Naht wurde ein neuer Verband angelegt. Die Wunde heilte per primam und von einer Eiteransammlung war keine Spur vorhanden. 6 Tage hindurch blieben die Symptome unverändert, am 7. Tage aber wurde in der Tiefe eine Eiteransammlung constatirt, derzufolge die Wunde neuerdings geöffnet werden musste. Nach Auswaschung derselben wurde eine Naht angelegt und das Thier erhielt einen Verband. Schon jetzt fiel es auf, dass unterhalb der Läsionsstelle die ganze Hautpartie merklich dünner war. Während der drei darauffolgenden Tage prägte sich die Verdünnung immer mehr aus und am 12. Tage nach der Operation konnte mit Gewissheit constatirt werden, dass auf der linken Seite die Haut um vieles dünner war, als auf der rechten. Am 13. Tage nach der Operation war die Wunde wieder geschlossen, die Naht wurde daher entfernt und der Verband erneuert. Den Urin konnte das Thier auch jetzt nur mit grosser Anstrengung entleeren. Am 15. Tage traten in der Höhe des 3. und 4. Lendenwirbels links zahlreiche hirsekorn- bis linsengrosse



durchsichtige Bläschen auf. Am 3. Tage trockneten diese Bläschen schon ein und kamen später nicht mehr zum Vorschein. Die Symptome hatten sich später nur insofern geändert, als die linke hintere Extremität aus dem paralytischen in einen paretischen Zustand überging und das Thier sich blos nicht ganz sicher auch auf diese Extremität stützen konnte. Nach zehnwöchentlicher Beobachtung wurde das Thier getödtet und die veränderte Haut und Rückenmark in Müller'sche Flüssigkeit gelegt.

Bei meinen übrigen Experimenten konnten wir mit demselben Verfahren kein reines positives Resultat erzielen.

Bevor wir die bei der mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarks gewonnenen Resultate mittheilen, wollen wir die Versuche nicht unerwähnt lassen, die Leyden[1]) behufs Entscheidung der Frage anstellte: welche anatomischen Veränderungen sich aus der auf experimentellem Wege erzeugten acuten Rückenmarksentzündung entwickeln und ob Sclerose auf diesem Wege entstehen könne? Leyden injicirte in das Rückenmark der Hunde Fowler'sche Arsensolution, worauf sich acute Myelitis entwickelte. Die Thiere blieben mit Ausnahme eines einzigen nur einige Tage am Leben, bei dem sich im späteren Verlaufe Decubitus entwickelte und ausserdem die Haare ausfielen. Dieses Thier wurde auch getödtet und sein Rückenmark untersucht. Auf Grund der so gewonnenen Resultate gelangt Leyden zu der Folgerung, dass eine der Sclerose vollkommen entsprechende anatomische Veränderung auf experimentellem Wege erzeugt werden könne. Die Rückenmarksclerose könne demnach aus der acuten Rückenmarksentzündung hervorgehen und sollte daher als der Ausgang der acuten Myelitis oder als chronische Myelitis aufgefasst werden.

An dieser Stelle möge auch hervorgehoben werden, dass in unserem III. Falle der nach der Verletzung des Rückenmarks bestandene Lähmungszustand sich langsam besserte, so dass in den letzten Tagen sich das Thier seiner gelähmt gewesenen hinteren Extremität relativ gut bedienen konnte.

Aehnliches fand unter andern Eichhorst[2]) u. a. Auf die Durch-

[1]) Leyden, Ueber experimentell erzeugte Rückenmarks-Sclerosen der Ausgänge der acuten Myelitis. Arch. f. Psychiatrie VIII.

[2]) Eichhorst, Ueber Regeneration u. Degeneration d. Rückenmarks. Zeitschr. f. klin. Med. I. Bd. 1879.



schneidung des Rückenmarks folgte bei einem Hunde in dem unterhalb gelegenen Theile des Körpers vollständige Lähmung. Trotzdem konnte sich das Thier schon in der 4. Woche auf die Füsse stellen und am 26. Tage nach der Operation machte es die ersten Gehversuche und am 35. Tage konnte es auch schon laufen. Die Untersuchung des Rückenmarks wies darin zahlreiche neugebildete Nervenfasern und zwei grössere Nervenzellen nach. Auf Grund dieses Befundes äussert sich Eichhorst dahin, dass eine theilweise anatomische und functionelle Regeneration des Rückenmarks bei jungen Thieren ganz bestimmt beobachtet werden kann. Die functionelle Regeneration bezieht sich offenbar hauptsächlich auf die motorische Leitung. Die anatomische Regeneration besteht in der Neubildung von Nervenfasern, während die Neubildung von Ganglienzellen, wenn sie überhaupt mit Bestimmtheit nachgewiesen werden kann, jedenfalls sehr beschränkt ist.

Die Untersuchung des frischen und des gehärteten Rückenmarks und der veränderten Haut unserer Versuchsthiere ergab Folgendes:

Versuchsthier Nr. I.

Das Rückenmark ist 40 Ctm. lang. Die Injectionsstelle befindet sich im peripheren Theile der rechten Rückenmarkshälfte, 8 Ctm. vom unteren hinteren Ende entfernt. Die rechte Seite ist ober- und unterhalb dieser Stelle in der Ausdehnung von 1 Ctm. vollkommen zerstört, nur der mittlere Vorderstrang oberhalb der Läsionsstelle von normalem Aussehen. An Stelle der Injection fehlt die hintere (obere) Hälfte des rechten Seitenstranges, ausserdem sind die Goll'schen Stränge und die hintere Hälfte des linken Seitenstranges degenerirt. 1 Ctm. unter der Verletzung ist der rechte Seitenstrang im höchsten Grade degenerirt; der hintere Theil des linken Seitenstranges zeigt in der Peripherie noch eine fahle Färbung (Degeneration).

2 Ctm. unter der Läsionsstelle ist der rechte Seitenstrang, mit Ausnahme des an die Hinterhörner grenzenden Theiles, ausserdem der peripherische Theil des hinteren Stranges, so wie der vordere und hintere Theil des linken Seitenstranges entartet. 3 Ctm. unterhalb der Läsion sind die Seitenstränge, besonders deren hinterer peripherischer Theil mässig degenerirt. 6 Ctm. un-



ter der Injectionsstelle ist nur die Peripherie des hinteren Theiles des Seitenstranges verändert. Am vorderen Ende der zerstörten Partie ist die rechte Hälfte des Rückenmarks beinahe vollkommen degenerirt; am Seitenrande des rechten Vorderhornes befindet sich eine rundliche, glattwandige, von einem weisslich-grauen Hofe umgebene Höhle von 1·5 Mm. Durchmesser; blos der mittlere Theil des Vorderstranges ist braun (normal). 2 Ctm. höher ist die Veränderung minder intensiv, hat aber mit der vorigen gleiche Ausdehnung; das Vorderhorn ist bedeutend geschrumpft. 5 Ctm. oberhalb der Injectionsstelle ist die Entartung wieder hochgradiger, die Zeichnung des rechten Vorderhornes ist verwischt und der linke Goll'sche Keilstrang ist hochgradig degenerirt. 15 Ctm. oberhalb der Läsionsstelle ist die Veränderung des rechten Seitenstranges mehr auf die Peripherie beschränkt und kaum zu erkennen; am stärksten ist ein peripherer Keil der Goll'schen Stränge degenerirt; der linke Kleinhirn-Rückenmarkstrang zeigt eine fahle Färbung. 21 Ctm. oberhalb der genannten Stelle sind die letzteren Theile dunkler. Endlich ist in der Cervicalanschwellung wieder nur ein keilförmiger Theil der Goll'schen Stränge degenerirt. In dem verlängerten Marke sind die mittleren Theile der Pyramiden fahlgrau; weiter oben sind keine Veränderungen mehr vorhanden.

Versuchsthier Nr. II.

Das Rückenmark hat eine Länge von 37 Ctm. Die Läsionsstelle befindet sich 6 Ctm. ober dem Conus terminalis; demzufolge ist die rechte Hälfte des Rückenmarks und der hintere Theil der linken Hälfte vollkommen zerstört, so dass nur noch die linken Vorderstränge und der vordere Theil des Seitenstranges, so wie das linke Vorderhorn leitungsfähige Nervenelemente enthalten. Unmittelbar ober- und unterhalb dieser Stelle ist die rechte Hälfte des Rückenmarks atrophisch, gleichmässig fahlgelblich, unterhalb dieser Stelle enthält der mittlere Theil der linken Hälfte schon Nervenfasern. 2 Ctm. unterhalb der Verletzung ist die rechte Hälfte noch geschrumpft, der rechte Hinterstrang und der mittlere Theil der Vorderstränge aber sind schon braun, am Uebergange in die Seitenstränge blass bräunlich. 3 Ctm. unterhalb der Läsionsstelle zeigen nur die gekreuzten Pyramiden-



stränge ausgeprägte Degeneration und sind fahlgelb, während die vorderen Theile der Seitenstränge schon bräunlich sind. 1·5 Ctm. oberhalb der Läsionsstelle ist die geschrumpfte rechte Rückenmarkshälfte gleichmässig entartet, nur die Mediantheile haben eine bräunliche Färbung. 3 Ctm. oberhalb der genannten Stelle ist die rechte Hälfte in der Ausdehnung von 3 Mm. eingesunken und kaum 3 Mm. breit; die mittleren Theile sind zwar bräunlich, aber an die Stelle der Vorderhörner und der vorderen Hälfte der Seitenstränge ist eine glattwandige, mit einzelnen Querbalken versehene Höhle von 3 Mm. Länge und 18 Mm. Durchmesser getreten. Die linke Hälfte zeigt normales Aussehen. 5 Ctm. oberhalb derselben Stelle sind die Mediantheile der rechten Rükkenmarkshälfte, namentlich der Goll'sche Strang und der mittlere Vorderstrang bräunlich; eine ähnliche Färbung zeigen ausserdem der übrige Theil des Vorderstranges und einzelne der grauen Axe naheliegende Theile der Seitenstränge. 15 Ctm. oberhalb der verletzten Stelle und einige Centimeter nach oben und unten zieht sich von den Clarke'schen Säulen gegen die hintere Peripherie ein fahlgelber Streif. Im Halstheile ist nur der periphere Theil des rechten Goll'schen Stranges noch fahl.

Versuchsthier Nr. III.

Das Rückenmark ist 5 Ctm. über dem Conus terminalis verletzt; links ist die ganze Seitenhälfte durchgeschnitten. Das in Müller'sche Flüssigkeit gehärtete Rückenmark bietet auf der Schnittfläche folgende Veränderungen: An der Läsionsstelle ist die graue Substanz zerstört, nur die weisse Substanz der rechten Hälfte ist erhalten und mit Ausnahme der vorderen Seitentheile dunkelbraun; links ist an die Stelle der Nervensubstanz eine aus den weichen Rückenmarkshäuten hervorgegangene Bindegewebsschwiele getreten. 5 Ctm. weiter nach oben ist die Zeichnung des Rückenmarks undeutlich und namentlich die linke Rückenmarkshälfte geschrumpft. Auf dieser Seite sind die Hörner nicht scharf begrenzt, sondern gehen fast unmerklich in die ebenfalls fahlgelbe weisse Substanz über. Rechts sind die Umrisse der Hörner auch nicht ausgeprägt, die weisse Substanz zeigt aber in der Peripherie die normale dunkle Färbung; endlich ist der rechte Seitenstrang fahlgelb und geht allmälig in die peripher gelegene

normale Substanz über. 15 Ctm. unterhalb der Verletzung ist der ganze linke Seitenstrang, besonders in seinem hinteren Theile fahlgelb. Die vorderen Theile der rechten Seitenstränge sind bräunlich und neben dem vorderen Drittheile der hinteren Fissur befindet sich ein stecknadelkopfgrosser, fahlgelber, scharfbegrenzter Erweichungsherd. 3 Ctm. unterhalb der Verletzung ist der rechte und linke Seitenstrang nur mässig degenerirt. 10 Mm. oberhalb der Läsionsstelle sind nur die Vorderstränge, der vordere Theil des linken Seitenstranges und der hintere Theil des rechten Seitenstranges normal erhalten. Sämmtliche Hinterstränge sind hochgradig degenerirt. 1·2 Ctm. oberhalb der genannten Stelle verhält sich auch der hintere Theil des linken Seitenstranges normal. Links hat sich in der Gegend der Clarke'schen Säulen und von diesen nach aussen eine 1 Mm. breite, rundliche, scheinbar glattwandige, eine trübe Flüssigkeit enthaltende Höhle gebildet, die von einem graugelblichen Hofe umgeben ist. 1·5 Ctm. oberhalb der Läsionsstelle sind besonders die Hinterstränge degenerirt; rechts ist der hintere Theil des Seitenstranges normal, geht aber unmerklich in die mässige Degeneration der übrigen Theile des Seitenstranges über. Weiter oben tritt die Degeneration der hinteren, namentlich der Goll'schen Stränge immer mehr in den Vordergrund. 10 Ctm. oberhalb des Einschnittes ist z. B. ausser den Goll'schen Strängen rechts nur neben der grauen Axe und vorne seitwärts eine geringe Entartung zu sehen. 20 Ctm. oberhalb der Läsionsstelle erstreckt sich die Degeneration auf den vordersten peripheren Theil der Seitenstränge, hinten bildet sie einen der Peripherie aufsitzenden niedrigen Keil, der in der Cervicalanschwellung kaum mehr zu erkennen ist.

Mikroskopischer Befund.

Die wesentlichsten und namentlich auch einige bisher nicht beobachteten Befunde waren folgende:

Zunächst wurden frische Zupfpräparate in Picrocarmin untersucht und bei dieser Gelegenheit ergaben sich, je nachdem die Veränderungen mehr oder minder hochgradig waren, verschiedene Bilder. An der am wenigsten veränderten Stelle, die um vieles ausgedehnter war, als dies nach der makroskopischen Besichtigung angenommen wurde — namentlich einige Centimeter ober- und



unterhalb der Läsionsstelle — war in dem Rückenmarke keine Partie zu finden, die ihre normale Beschaffenheit vollkommen erhalten hätte. Eine geringgradige Veränderung bestand darin, dass die Myelinscheide etwas aufgequollen war und eine eigenthümliche concentrische Zeichnung erhielt; die Scheide wurde durch Hämatoxylin schwach gefärbt und zugleich kamen darin einzelne concentrische, platte, kernartige Gebilde zum Vorschein. Der Axencylinder war stellenweise hypertrophisch, die Neuroglia in Form eines feinfaserigen Reticulums verbreitert, die Gefässe stark injicirt, ihre Wandungen in geringem Grade gleichmässig verdickt, die Gefässscheide mit wenigen Körnchenkugeln versehen.

Wo die Affection hochgradiger war, wurden nur wenige Nervenfasern gefunden, und auch diese waren grösstentheils durch den stark verdickten und erblassten Axencylinder gebildet. Die Neuroglia ist in ein dichtes, zellenarmes, dickfaseriges Netz umgewandelt; die Gefässe sind contrahirt, die Gefässwände sclerotisch verdickt. In der grauen Substanz hat sich die Intercellularsubstanz dunkelroth gefärbt und bildet ein körniges, fein verfilztes Gewebe, in welches kleine, aber sonst den Ganglienzellen sehr ähnliche, oder spindelförmige und mit dem Netze durch dicke Fortsätze in Verbindung stehende Elemente eingebettet sind.

Die hochgradigste Affection ist durch ein, intensiv gefärbte, homogene oder gewellte Fasern und sclerotische Gefässe enthaltendes Gewebe charakterisirt, in dem sich nur stellenweise einzelne homogene, feinkörnige, etwas gelbliche, blasenartige, glänzende, meist kernlose Nervenzellen und sehr zahlreiche, grosse, mit einem oder zwei Kernen und mit feinen büschelförmigen oder reticulären Fortsätzen versehene Zellen befinden. Die weisse Substanz ist ebenfalls durch ein grobmaschiges, in Zerfall begriffenes, Nervenelemente enthaltendes, sclerotisches Bindegewebsnetz substituirt.

Die Schnitte des gehärteten Rückenmarks wurden mit Carmin und Hämatoxylin behandelt, einzelne Theile wurden jedoch vor der Härtung in $^1/_2$%ige Hyperosmiumsäure gelegt und dann theils zerzupft, theils in Alkohol gehärtet und ebenfalls mit Carmin gefärbt. Einzelne lehrreiche, mit Essigsäure behandelte Carminpräparate wurden in Glycerin, die übrigen in Damarlack aufbewahrt. An Hyperosmiumpräparaten waren an den veränderten Stellen in der weissen Substanz nur die in geringer Zahl vorhan-



denen Körnchenzellen und die Markscheiden dunkler gefärbt; in der grauen Substanz hingegen ist es schön gelungen, die erwähnten zahlreichen kleinen Zellen als solche Nervenelemente zu erkennen, die ähnlich, wie die embryonalen Nervenelemente in ein Fasernetz eingeschaltet sind.

An mit Carmin und Hämatoxylin behandelten Schnitten konnten die dem Grade der Entartung entsprechenden Bilder, die schon an den Zupfpräparaten wahrgenommen wurden, besser localisirt werden. Bei Anwendung dieser Methode bildet die zwischen den Nervenfasern auftretende sogenannte Neurogliawucherung ein gröberes und loseres Geflecht, als das bei der Rückenmarkssclerose des Menschen vorkommende Fasernetz und wird durch ungleich dicke und stellenweise gleichfalls wie mit einer centralen Höhle versehene Fibrillen gebildet.

An den Hämatoxylinpräparaten kann man wahrnehmen, dass einzelne Markfasern in ihrer ganzen Ausdehnung die Färbesubstanz aufnahmen, u. zw. am stärksten der Axencylinder und einzelne concentrisch geordnete, auf dem Durchschnitte halbmondförmige Gebilde, die bereits früher erwähnt wurden. An den stärker afficirten Stellen, wo nach Behandlung mit chromsaurem Kali eine fahlgelbe Färbung auftrat, fehlen die Markfasern beinahe vollkommen und an ihre Stelle sind grosse, scharf contourirte, sinuöse Gebilde getreten, die eine blass rosenrothe, resp. eine blaue Färbung annahmen und in denen ein Axencylinder entweder gar nicht oder nur in atrophischem Zustande vorhanden ist.

An anderen Stellen sind in dem genannten, den grössten Theil des Rückenmarks ausmachenden Neurogliareticulum an die Stelle der Nervenfasern Höhlen getreten. Die verdickten und verfetteten Gefässwände sind stellenweise, namentlich in der grauen Substanz von einem aus punktförmigen frischen Hämorrhagien gebildeten Mantel umgeben. Die erwähnten Höhlenbildungen im Rückenmarke, die in allen unseren Fällen beobachtet wurden und die nach den Beobachtungen Leyden's bei Hunden nach Rückenmarksverletzungen regelmässig auftreten, sind nicht so scharf begrenzt, wie man dies nach dem makroskopischen Bilde erwarten möchte. Diese Höhlen sind zumeist aus einer grösseren und mehreren kleineren Höhlen zusammengesetzt; die grössere Höhle ist ebenfalls durch Confluenz mehrerer kleinerer Hohlräume entstan-



den, deren Grenzen in Form von Balken und Leisten noch angedeutet sind.

Die kleinsten Hohlräume entstehen dadurch, dass an der am stärksten afficirten Stelle das in den Maschen des grobfaserigen Netzes befindliche Parenchym zerfällt; die Nervenfasern sind nämlich hier stark gequollen, der Axencylinder hypertrophisch, zugleich aber in buchtiger Auflösung begriffen, wodurch er in eine formlose Masse zerfällt; desgleichen zerfällt auch die Markscheide in querer Richtung, so dass dadurch die Netzräume von Massen ausgefüllt werden, die grossen Zellen ähnlich sind und noch Spuren vom Axencylinder zeigen. Während dessen ist auch das sogen. Neuroglianetzwerk einer Schmelzung anheimgefallen, die man etwa mit jener von Fibrinmassen vergleichen könnte. In anderen Fällen geht die Höhlenbildung von den Gefässen aus, indem zunächst die perivasculären Räume sich erweitern und von Körnchenkugeln erfüllt erscheinen, während deren Umgebung in der angegebenen Weise schmilzt.

Die aus den am stärksten degenerirten Theilen stammenden Nervenwurzeln sind geschrumpft. Auf durch Picrocarmin gefärbten Zupfpräparaten kann man beobachten, dass die Nervenfasern grösstentheils durch ein wellenförmiges, an länglichen Kernen reiches, feinfaseriges Bindegewebe substituirt sind; dieses Bindegewebe verräth oft durch das Auftreten von dicht gelagerten, spindelförmigen Zellen seine Nervennatur. Auffallend ist der Umstand, dass manche aus den hochgradig afficirten Stellen stammende Wurzeln aus vollkommen normalem Nervengewebe bestehen. Die Spinalganglien waren stellenweise, namentlich an Stelle des Eingriffes zerstört und auch oberhalb der Läsion waren sie etwas geschrumpft und bindegewebsreich. In einem Falle, in welchem blos dieselben zerstört waren, während das Rückenmark intact blieb, traten keinerlei Hautaffectionen auf.

Die Epidermisschichte der atrophischen Haut ist verdünnt, die Papillen verstrichen, die Haarwurzeln atrophisch, das Corium schmäler und von überraschend zahlreichen elastischen Fasern durchsetzt, die Nerven der Haut atrophisch.

Auf Grund dieser Versuche und der durch sie erzielten Resultate gelangen wir zu den nachstehenden Folgerungen:



Die einseitige Verletzung des Rückenmarks hatte auf derselben Seite eine Hautaffection, u. zw. Herpes-Eruption und Atrophie der Haut zur Folge. Sowohl in unseren Fällen, als auch in denen anderer Forscher, fanden sich im Rückenmark und an der Haut Veränderungen, die manches Gemeinsame aufweisen.

Charcot's Versuche und Krankheitsfälle haben dargethan, dass die Verletzung des Rückenmarks allein keine Hautkrankheit erregen kann, sondern dass dazu noch das Hinzutreten einer Nervenentzündung oder Myelitis nöthig ist. Bei unseren Versuchen ist die Herpeseruption und die Atrophie der Haut nur nach Verlauf einiger Tage aufgetreten, also nur nachdem sich schon — wie dies durch die mikroskopischen Untersuchungen nachgewiesen wurde — eine ausgedehnte Entzündung entwickelt hat. Nach den bisherigen klinischen Beobachtungen traten Hautkrankheiten nur im Anschlusse an lang anhaltende und ziemlich ausgedehnte Rückenmarksaffectionen auf, woraus man schliessen kann, dass wenn die Centra der Haut im Rückenmarke auch localisirt sind, sie doch sehr ausgebreitet sein müssen und dass nur eine Affection, die mehrere dieser Herde betrifft, die erwähnten Veränderungen hervorrufen kann. Ausser anderen uns noch unbekannten Factoren scheint auch der Umstand wesentlich zu sein, dass eine ziemlich ausgedehnte, auch die Vorderhörner betreffende Erkrankung anwesend sei. Oft wird gewiss eine secundäre Degeneration, vielleicht auch Regeneration, ein Bluterguss, ja auch einfache Hyper- oder Anämie ausreichen, krankhafte Veränderungen an der entsprechenden Hautpartie hervorzurufen, während andererseits die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen ist, dass in Folge ausgebreiteter Hautkrankheiten secundär Rückenmarksdegeneration entstehen könne, wie einer von uns (Babesiu) dies in mehreren Fällen von Pemphigus wahrscheinlich gemacht hat (s. Schwimmer's oben erschienenes Werk: die neuropathischen Dermatosen. 1883). Solche Betrachtungen sind gewiss auch in theoretischer Hinsicht wichtig, da wahrscheinlich viele Hautkrankheiten centralen Ursprungs sind, und doch wohl Niemand daran denken wird, in



jedem Falle eine Entzündung oder Zerstörung der betreffenden Centren anzunehmen; Hyperämie und Anämie derselben werden vielleicht genügen, gewisse Hautaffectionen hervorzubringen und auch bedeutendere Störungen werden vielleicht durch Regeneration und Compensation oder etwa durch Ausbildung collateraler Bahnen ausgeglichen. Was die genauere Bestimmung dieser Centren betrifft, darüber geben uns unsere Fälle, in denen sich ziemlich ausgebreitete Veränderungen entwickelten, keinen Aufschluss. Nur so viel kann behauptet werden, dass die Mediantheile der Vorderstränge und die Hinterstränge, die in einem Falle unversehrt blieben, sowie die Spinalganglien und Nerven allein auf das Zustandekommen der Hautaffection nicht von Einflusse sein konnten. Als ein eigenthümliches Symptom müssen die kleinen Abscesse erwähnt werden, die oberhalb der Läsionsstelle in dem Vorderhorne jedesmal vorgefunden wurden.

Diese letzteren könnten den Hohlräumen entsprechen, die Jarisch ebenfalls in den Vorderhörnern beschreibt. Bei dieser Gelegenheit wollen wir an den Fall von Jarisch einige Bemerkungen knüpfen. Wir bezweifeln nicht, dass in den Vorderhörnern pathologisch veränderte Herde thatsächlich vorhanden waren, nur meinen wir, dass die pathologischen Befunde den von Jarisch gegebenen Erklärungen nicht vollkommen entsprechen. Einzelne Erweichungsherde oder Substanzverluste konnten wohl der Beschreibung nach auch Kunstprodukte gewesen sein, wie solche bei der Herausnahme des Rückenmarks oder bei dessen fehlerhafter Härtung eben an der genannten Stelle sehr oft vorzukommen pflegen. Bei so bedeutender Localaffection, wie die beschriebene, dürften auch ausgebreitete geringgradige Veränderungen nicht gefehlt haben, deren bei Jarisch keine Erwähnung geschieht. Auch über die Theilnahme der Gefässe an dem entzündlichen Processe, die sich jedenfalls in hochgradiger Verdickung der Gefässwand oder Wucherung der Zellen um diese herum äussern, finden wir Nichts erwähnt. Endlich erwarteten wir auch vergeblich Angaben über Spinalganglien und Nerven, welche Umstände die Bedeutung des ganzen Fundes nicht unerheblich herabsetzen.

Unsere Versuchs-Resultate können im Nachstehenden kurz zusammengefasst werden:



1. Nach einseitigen traumatischen Verletzungen des Rückenmarks oder nach Injection einer entzündungerregenden Flüssigkeit in dasselbe traten zunächst nur entsprechende Lähmungen, aber keine Hautkrankheiten auf.

2. Nur nach Verlauf einiger Tage, nachdem sich schon mittlerweile Entzündung eingestellt, erschienen auf derselben Seite Herpeseruptionen, die stellenweise, namentlich wenn auch die Rückenmarksaffection auf die andere Seite überging, auch die Haut der anderen Seite betrafen.

3. Die Eruptionen verschwanden nach kurzer (3—5tägiger) Dauer.

4. Mit der Eruption fast gleichzeitig und auf demselben Hautbezirke trat Atrophie der Haut auf, die sich später immer mehr ausbildete.

5. In dem verletzten Rückenmarke wurde 6—10 Wochen nach der Operation das Bild der Sclerose vorgefunden; zugleich wurde in jedem Falle oberhalb der Läsion in dem Vorderhorne derselben Seite Höhlenbildung beobachtet.

6. Diese Hohlräume sind durch Zerfall und Confluenz des in ein dichtes Neuroglianetz eingeschlossenen Parenchyms, wohl auch unter dem Einfluss von Gefässveränderungen, doch nicht im Wege der Eiterung entstanden.

7. Im Beginne der Degeneration der Nervenfasern traten zunächst Oedem der Markscheide und innerhalb derselben eigenthümliche hyaline Gebilde auf, die durch Hämatoxylin, sowie auch die Markscheide, blau gefärbt wurden; hierauf folgte Hyper- oder Atrophie des Axencylinders, dessen scholliger Zerfall, Umwandlung der Markscheide in eine Hyalinmasse und endlich völliges Verschwinden derselben.

8. Neben der Degeneration fanden sich auch Anfänge parenchymatöser Neubildung.

9. Läsion der Spinalganglien und deren Nerven ohne solche des Rückenmarks hatte keinerlei Hauterkrankung zur Folge.

Weit entfernt, aus den Resultaten der wenigen Versuche weittragende Folgerungen ziehen zu wollen, sollen die erzielten Resultate zu weiteren Experimenten in dieser Richtung anspornen; die Ausführung zahlreicher Versuche und demzufolge die Aneignung

einer grösseren technischen Fertigkeit werden vielleicht später zu Resultaten führen, die zu sicheren Schlüssen berechtigen werden.

Es erübrigt noch die Erörterung der Frage, ob diese Vorgänge unter trophischem oder vasomotorischem Einflusse entstanden sind, oder ob trophische und vasomotorische Störungen zugleich der Erkrankung zu Grunde liegen? Die ältere auf experimenteller Grundlage beruhende Annahme verlegte das vasomotorische Centrum in das verlängerte Mark. Nach den Versuchen von Ditmar verlaufen die Vasomotoren vom verlängerten Mark zu den vorderen Nervenwurzeln in den Seitensträngen. Später aber erlitt diese Annahme eine Umänderung, indem von Legallois und Goltz vasomotorische reflectorische Centren nicht nur im verlängerten Marke, sondern auch im Rückenmarke nachgewiesen wurden. Nach neueren Untersuchungen steht das vasomotorische Centrum des verlängerten Marks wahrscheinlich mit gewissen Partien des Grosshirns ja auch mit gewissen Bezirken der Grosshirnrinde in Verbindung. Durch die Versuche von Eulenburg und Landois[1]) wurde der Nachweis geliefert, dass an einer umschriebenen Stelle der Oberfläche des Grosshirns, die beim Menschen der vorderen centralen Windung entspricht, der vasomotorische Apparat der entgegengesetzten Körperhälfte enthalten ist.

Nach den Untersuchung von Arpád Bókai[2]) übt die Rinde der Grosshirn-Hemisphären und besonders ein Theil des Hinterhauptlappens eine wärmeregulirende Thätigkeit aus. In dem occipitalen Theile der Hirnrinde befinden sich Centren, die das vasomotorische Centrum des verlängerten Marks beeinflussen. Andererseits erfolgt beim Hunde auf die Reizung gewisser Stellen der Hirnrinde Steigerung der Temperatur. Diese Stellen entsprechen dem mittleren Theile der centralen Hirnwindung und einem kleinen Theile der ober- und unterhalb gelegenen Windung. Bókai's Meinung nach wird der temperaturerhöhende Einfluss der betreffenden Rindenabschnitte wahrscheinlich durch das vasodilatatorische Nervensystem vermittelt.

---

[1]) Virchow's Archiv. 1876.

[2]) Der Einfluss des centralen Nervensystems auf die Wärmeregulirung des Thierkörpers. Orvosi hetilap. 1882.



Dies Alles zeigt also zur Genüge, dass vasomotorische Störungen ebenso durch den peripherischen, als durch den spinalen oder cerebralen Theil des Gefässnervensystems hervorgerufen werden können.

Vulpian[1]) gelangt auf Grund seiner eigenen und Anderer Experimente zu dem Schlusse, dass verschiedene Hautveränderungen nicht nur unter dem Einflusse der Nervenaffectionen, sondern auch nach Läsionen der Nervencentren entstehen können. Er hält es für wahrscheinlich, dass bei der Gürtelflechte die Entstehungsweise der Eruptionen mit Veränderungen der vasomotorischen Fasern zusammenhängt und wenn jener Einfluss nicht allein den vasomotorischen Nerven zugeschrieben werden könnte, dann fiele diese Rolle den eigenen Nerven der Haut zu, die sensitive Fasern enthalten. Die Existenz specifischer trophischer Nerven läugnet er. Vulpian's Ansicht wird durch eine Beobachtung Chevalier's[2]) unterstützt, die sich auf einen Kranken bezieht, bei dem die Pocken nur auf der einen Körperhälfte auftraten.

Bei dem 45jährigen Potator, der an polyinsulärer Sklerose litt, war die rechte obere und untere Extremität auffallend schwach. Das Wärme- und Schmerzgefühl war in diesen Extremitäten normal. 24 Stunden nach der Aufnahme stieg die Temperatur auf einen hohen Grad und 3 Tage später erschien das Pocken-Exanthem, welches sich auf der kranken rechten Seite sehr stark entwickelte, während auf der linken Seite Pusteln kaum zu finden waren. Rechts wurden die Bläschen hämorrhagisch; trotzdem verlief die Krankheit normal. Das Auftreten der Hauterkrankung auf der kranken Seite erklärt Chevalier daraus, dass in Folge der halbseitigen Gehirnaffection halbseitige Lähmung der vasomotorischen Nerven sich einstellte. Diese Lähmung hatte seiner Ansicht nach auch die Hämorrhagien verursacht. Chevalier führt zugleich zwei Fälle Vulpian's an, in denen eine schwere Rückenmarksaffection vorhanden und besonders auf der rechten Seite gut ausgeprägt war, und wo das Erythem immer auf derselben Seite auftrat.

[1]) Leçons sur l'appareil vasomoteur (physiologie et pathologie). Paris 1875.

[2]) Chevalier. Des éruptions cutanées chez les neuropathes. Thèse de Paris 1878.



Diese Fälle sprechen also mehr für einen vasomotorischen Einfluss. Andererseits kennen wir eine ziemlich grosse Anzahl von theils acuten, theils chronischen Affectionen, die wahrscheinlicher durch primäre Affection des peripherischen oder centralen Nervensystems hervorgerufen wurden.

Man kann also zwischen den aus vasomotorischen Störungen hervorgegangenen Hautaffectionen und zwischen denjenigen, die durch trophische Störungen verursacht wurden, keine scharfe Grenze ziehen. In den meisten Fällen bleibt die Frage offen, ob eine gewisse Hautkrankheit sich unter vasomotorischem oder unter trophischem Einflusse entwickelt hat?

Durch die Experimente der zweiten Versuchsreihe wollten wir den Einfluss des Sympathicus auf die Ernährung der Haut erforschen. Es ist bekannt, dass die den Halssympathicus betreffenden Reizungs- und Lähmungssymptome durch die oculopupillaren oder vasomotorischen Nervenfasern vermittelt werden. Die Reizung der oculo-pupillaren Fasern hat zunächst Erweiterung der Pupille und Steifheit der Iris im Gefolge. Diese Symptome stimmen vollkommen mit den Resultaten überein, die bei Thierversuchen von Pourfour du Petit und von Biffi erzielt wurden, indem sie den Sympathicus entweder durchschnitten oder ausrotteten. Vulpian [1]) hat das Halsganglion des Sympathicus unzählige Male durchgeschnitten, ohne dass er auf der Haut die geringste Eruption beobachtet hätte. In dieser Hinsicht ist unter Anderem eine Beobachtung Marcacci's [2]) von Interesse, die sich auf ein 70jähriges, bis dahin vollkommen gesund gewesenes Individuum bezieht, bei dem sich das Eczem des Kopfes sehr rasch über die ganze Hautoberfläche ausbreitete. Während der ganzen Zeit wurde keine Temperaturerhöhung beobachtet. Die psychischen und Sinnesfunctionen waren normal. Anfangs hatte sich das Eczem scheinbar gebessert, es stellte sich jedoch bald eine auffallende Abnahme der Körperkraft ein und nach 4 Monaten starb der Kranke an Lungenödem. Bei der Section wurde keine organische Erkrankung vorgefunden. Das Rückenmark war hyperämisch. Die

---

[1]) Cours sur l'appareil vasomoteur. Paris 1875.

[2]) Zur Kenntniss der Affectionen des Sympathicus. G. Marcacci. (L'Imparciale, 1878. 31.)



Hyperämie des Halsganglion und des Ganglion coeliacum konnte schon mit freiem Auge constatirt werden. Die mikroskopische Untersuchung hat massenhafte Anhäufung der Zellkerne nachgewiesen. In Folge des durch diese Kerne ausgeübten Druckes waren die Nervenzellen kleiner, ihr Protoplasma getrübt, die Intercellularräume mit Pigmentkörnchen angefüllt. Marcacci meint, dass die Ganglien des Sympathicus sich in entzündlichem Zustande befanden.

Obzwar die Pathologie des Sympathicus nur sehr mangelhaft erforscht ist und namentlich die erwähnten Befunde nicht völlig überzeugend sind, lassen derartige Beobachtungen dennoch einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung des Sympathicus und einzelnen Hautaffectionen vermuthen. Die Bestätigung der Beobachtungsresultate hoffen wir auf experimentellem Wege zu erreichen; unsere eigenen wenigen Experimente führten uns aber bisher zu keinem positiven Resultate, so dass ihre Mittheilung in diesem Stadium unbegründet wäre.

Zum Schlusse erachten wir es für unsere Pflicht, dem Herrn Prof. Géza von Mihalkovics für die Unterstützung, die er uns angedeihen liess, indem er uns bereitwilligst erlaubte, unsere Experimente in dem k. anatomischen und embryologischen Institute vorzunehmen, unseren aufrichtigen Dank auszusprechen.

Die Untersuchungen des Rückenmarks haben wir im Budapester pathologisch-histologischen Institute ausgeführt.





Zur Familiensyphilis.

Von

Dr. med. et phil. **M. Rosenberg**
prakt. Arzt in Berlin.

Im December 1861 wurde ich zu Frau B. gerufen, welche eben abortirt hatte. Bei meiner Ankunft fand ich die Frucht nicht mehr vor, sie sollte 10 bis 11 Wochen alt gewesen sein. Die Ursache des Aborts blieb mir verborgen, bis ich, demnächst zum Hausarzt bestellt, das Vorleben des Ehemannes erfuhr, das ich hier in Kürze wiedergebe.

Nachdem Herr B. als Soldat wiederholt an Tripper gelitten, zog er sich 1852, vom Militär entlassen, einen Schanker zu, welchem „Halsgeschwüre und Feigwarzen" folgten. Die Behandlung bestand in „Beizungen und Mercurialpillen". Von letzteren nahm er anfangs zwei, stieg allmählich bis auf 36 täglich, um dann wieder, langsam fallend, mit 2 zu schliessen. Hierauf wurden ihm Schwefelbäder verordnet. Nachdem er deren etwa 10 genommen, bekam er einen „Ausschlag auf Zunge und Lippen", der jedoch nach kurzer Behandlung wieder schwand. Fortan blieb Pat. von jeder syphilitischen Heimsuchung verschont. Mitte Januars 1859 verheirathete er sich. Noch in demselben Jahre wurde er Vater einer Tochter, und im Mai 1861 einer zweiten Tochter. Beide Kinder kamen, wie ich hiemit vorgreifend abschliesse, normal zur Welt, entwickelten sich regelmässig und erfreuten sich stets, bis auf den heutigen Tag ungestörter Gesundheit. Im August 1861 gab sich Herr B. aussereheliche Berührung hin. Kurze Zeit darauf bemerkte er am Gliede „ein Pickel". Der sofort und wiederholentlich zu Rathe gezogene „Wundarzt" (?) erklärte jedoch besagtes Pickel beharrlich „für Nichts." Dadurch beruhigt trat Pat. eine aus Besorgniss verschobene Geschäftsreise nach



Wien an. Hier kaum angekommen bemerkte er an der Stelle des Pickels ein Geschwür. Er eilte sogleich zu Prof. von Sigmund. Dieser verordnete blos äusserliche Mittel (der sofortige Beginn der erforderlichen inneren Kur sei bei der Kürze des Aufenthaltes und der Ungunst der Lebensweise nicht rathsam) und wies Pat. bei dessen alsbaldiger Abreise an einen damals hier lebenden „Specialarzt für Syphilis“ (Dr. Dulk). Als weitere Erscheinung der Krankheit macht Herr B. lediglich starke Drüsenanschwellung in der rechten Leiste namhaft. Rachengeschwüre, Feigwarzen, Hautausschläge oder sonstige Zufälle versichert er bestimmt nicht gehabt zu haben. Die Behandlung bestand in „Abführmitteln und Mercur“ und wird der fernere Hergang wie folgt geschildert: Ende September war das Geschwür der Ruthe verheilt. Anfangs December ging nach Wochenlang fortgesetzten Breiumschlägen eine Leistendrüse auf, und wurde die kleine Oeffnung mit dem Messer erweitert. Pat. musste 5 Wochen das Zimmer hüten und hatte drei Wochen lang Speichelfluss. Bald nach Vernarbung des Penisgeschwürs fand ehelicher Umgang und im December obgedachter Abort statt. Herr B. stand, als ich zuerst ins Haus kam, noch unter ärztlicher Aufsicht und wurde erst Mitte Januar 1862 aus derselben entlassen.

Nunmehr erzähle ich nach eigener Wahrnehmung die Erlebnisse der einzelnen Familienglieder, der Reihe nach gesondert, im Zusammenhange.

I. Als mir der 34jährige, starkknochige, breitschulterige Herr B. die eben erwähnten Eröffnungen machte, trug er kein Zeichen frischer Syphilis an sich, und da der ihm am 8. December 1862 geborene Sohn (s. III.) anscheinend gesund und kräftig war, so hielt er sich für völlig auskurirt. Zwei Jahre lang konnte er sich dieser tröstlichen Selbsttäuschung überlassen. Dann aber — im December 1864, fing er zu klagen an und zwar zunächst über Schmerzen im unteren Theile beider Schienbeine. Die betreffenden Stellen waren von normalem Aussehen ohne Schwellung oder Auftreibung, aber auf Druck schmerzhaft, das Gehen war empfindlich und mit dem Gefühl der Abgeschlagenheit verbunden. Im April 1865 bekam er, angeblich durch Anstemmen der Brust bei Hebung einer schweren Last, Schmerzen an den Vorderenden der 4. und 5. Rippe rechterseits. Auch hier war keine Verfärbung oder Schwulst, sondern nur Wehgefühl beim Drücken vorhanden. Im Mai, kurz nach Geburt des zweiten Sohnes (s. IV.) bekam er Schmerzen in der rechten Hüfte, gegen welche als ver-



meintlich rheumatische er 4 Wochen lang russische Dampfbäder mit einstündigem Nachschwitzen erfolglos brauchte. Im October wurde er von heftigen Schmerzen im rechten Knie befallen. Die Condylen des Femur und der Tibia waren schon bei leiser Berührung schmerzhaft, das Knie geschwollen, Beweglichkeit gering, Gehen unausführbar. Im April 1866 klagte Pat. über grosse Schmerzen im linken Sternoclaviculargelenk und Reissen im rechten Arme, so dass er nur mit Anstrengung schreiben konnte. Später hatte er noch an verschiedenen anderen Knochen und Gelenken, selbst an den Kaugelenken zu leiden und endlich stellten sich nächtliche Kopfschmerzen ein, die „zum Rasendwerden“ waren und den sonst so robusten Mann in wenig Tagen merklich herunterbrachten. — Jodkali bewährte sich jedes Mal als schnell und wohlthätig wirkendes Mittel. Doch es half nur aber heilte nicht, es hob die Leiden aber nicht das Leiden. Im Herbste 1869 verzog der inzwischen verwitwete Mann (s. II.) nach Amerika. Dort lebt er, wie ein Augenzeuge 1878 berichtete, mit einer gesund aussehenden deutschen Dame seit 1872 in kinderloser Ehe.

II. Frau B. aus guter aber belasteter Familie — 2 Geschwister sind an Schwindsucht gestorben — weiss von etwaigen früher überstandenen Krankheiten nichts Erwähnenswerthes zu melden. Mit 28 J. verheirathet hatte sie 2 Mal leicht geboren und ein Mal abortirt als ich sie zuerst sah. Sie ist eine schlanke, schmächtige Dame von schwächlichem Bau, mässigem Fettpolster und phthisischer Brustform. Das Gesicht ist stark sommersprossig, die sichtbaren Schleimhäute leidlich gefärbt, das Haar kraus und ungemein dicht und die Zähne eigenthümlich gestaltet. Die beiden oberen inneren, sowie die unteren Schneidezähne haben nämlich an den Vorderflächen eine Querfurche und an den Schneidekanten feine Kerben. Der Zartheit ihrer körperlichen Erscheinung entspricht ihre Gemüths- und Sinnesrichtung. Echt weiblichen Wesens, anspruchslos und hingebend, lebte sie voll und ganz ihrer Familie und ihrer Häuslichkeit. Ihr Lebenslauf ist eben so traurig als kurz. Nachdem sie die ersten Jahre der Ehe in befriedigender Gesundheit zugebracht hatte, begann die überkommene Familienanlage anfangs langsam, dann aber in immer rascherem Tempo ihre vernichtende Gewalt zu entfalten. Der Verlauf war der gewöhnliche. Sie starb bei vollem Bewusstsein den 10. April 1867. Frau B. hat niemals ein Zeichen dargeboten, welches auch nur entfernt den Verdacht auf Syphilis hätte erwecken können. Dass ich solche mög-



licherweise nur übersehen, muss ich entschieden zurückweisen. Denn ich habe von Vornherein ein zahlreiches zum Hausstand gehöriges Geschäfts- und Wirthschaftspersonal und nachgerade ausser den Eltern noch 4 Kinder und zeitweilig eine Amme (s. V.) beständig zu überwachen, beziehentlich zu behandeln gehabt, so dass ich Frau B. fast täglich, zu jeder Tageszeit und in jeder Lage zu sehen Gelegenheit hatte. Ich habe ihr in drei Wochenbetten beigestanden, sie zwei Mal selbst entbunden. Ich war oft veranlasst ihre Brust zu untersuchen. Wegen Lungenblutung musste sie häufig bald kürzere, bald längere Zeit das Bett hüten und in den letzten Lebensmonaten konnte sie dasselbe überhaupt nur ab und zu auf eine kleine Weile verlassen. Kommt hinzu, dass von Beginn an mein Augenmerk mit aller Schärfe auf etwa eintretende Luessymptome gerichtet war, so wird meine Behauptung wohl keinem Zweifel mehr begegnen. Den Einwand, dass es sich um Lungensyphilis gehandelt haben könnte, wird wohl Angesichts der nachgewiesenen erblichen Belastung und der ausgesprochenen phthisischen Körperanlage Niemand ernstlich erheben wollen.

III. Der am 8. December 1862 geborene Knabe H. kam in unverdächtigem Zustande zur Welt. Bis Mitte des vierten Monats wider meinen Rath von der Mutter gestillt und dann künstlich genährt, gedieh er zum wahren Musterbild eines wohlentwickelten Kindes. Eines Tages — leider fehlt das Datum — wegen vermeintlichen Masernausbruchs berufen, fand ich H. ganz munter ohne Fieber und kein anderes Krankheitszeichen als Roseolaflecken. Nachdem diese in wenig Tagen verschwunden waren, blieb der Knabe, von einer acuten Bronchitis abgesehen, lange Zeit durchaus gesund. Erst Ausgangs des Jahres 1864 fing sich in der Gegend des rechten Deltoideus-Ansatzes ein harter Knoten zu bilden an. Die Haut über demselben wölbte sich allmählich, wurde blauroth und bot schliesslich ein teigiges Gefühl dar. Ein Einschnitt enthüllte grünlichglänzende Gallertmasse; die Wölbung sank ein, aber die Höhle bestand fort und zeigte wenig Neigung zum Verheilen. Im März 1865 stellte sich an der unteren äusseren Seite der linken Wade ein zweiter Knoten ein, dem ersten nach Aussehen, Beschaffenheit und Verhalten völlig gleich. Etwas später trat ein viel kleinerer Knoten am rechten Glutaeus nahe dem Kreuzbein auf, welchem schliesslich noch ein vierter grösserer folgte, an der unteren inneren Seite der linken Wade. Das gleichzeitige Bestehen zweier einander so nahen Gummata am selben Unterschenkel verursachte

dessen dauernde Anschwellung, welcher sich von Zeit zu Zeit empfindliche Verschlimmerungen zugesellten. Der Fuss schwoll dann noch stärker an, die Haut wurde rosigglänzend, heiss, schmerzhaft, das Auftreten beschwerlich. Gegen Schluss des Jahres 1865 konnte die Sonde von der Oeffnung des äusseren Knotens drei Zoll nach unten und innen vordringen; ein Mehreres konnte bei dem nicht narkotisirten Knaben nicht festgestellt werden. Die Heilung zog sich ungemein in die Länge. Zuerst vernarbte der Glutaeusknoten, viel später der des Oberarmes und endlich jene des Unterschenkels. 1869 bekam H. ein Ekzem der Nase und Oberlippe, dann eine Ozaena mit blutiger Krustenbildung besonders im rechten Nasenloch, während er gleichzeitig blasser und magerer wurde. Erst im Verlaufe des Jahres 1872 trat schliesslich Heilung aller Wunden und Schäden ein, und seitdem hat das ererbte Leiden kein weiteres Lebenszeichen von sich gegeben. Gegenwärtig (Ende Juni 1882) ist H. ein seinem Alter gemäss entwickelter, kräftiger, rothwangiger Jüngling mit spärlichem Bartwuchs. Von der ererbten Krankheit hat er nichts als einige ungewöhnlich weisse und namentlich am Unterschenkel auffällig tiefe Narben zurückbehalten. H. bietet dieselbe Zahnbildung dar, wie seine Mutter. Ausserdem hat sein oberer linker innerer Schneidezahn einen glatten nicht fortzuwischenden Fleck, welcher anfangs rosafarbig, allmählich gelbröthlich wurde und jetzt hellgelb ist.

IV. Der am 14. Mai 1865 geborene Knabe M. kam unglaublich verkümmert und welk zur Welt. Das Aussehen war vollständig greisenhaft: die Stirn runzlig, das Gesicht faltig, die Haut schmutzig gelbgrau, trocken, schilfrig, die Weichtheile der Oberschenkel beutelartig den Knochen umschlotternd. Die Kopfhaut zeigte sich stark seborrhoisch, Hinterhaupts- und Nackendrüsen waren wenig vergrössert und der Athem liess ein schnüffelndes Geräusch hören. Dabei war das Kind munter, beweglich und äusserst gierig nach Nahrung. Reichliche Mengen guter Milch und kräftiger Fleischbrühe, ausgesuchteste Wartung und Pflege, Landluft, aromatische Bäder neben dem Gebrauch des damals von Romberg warm empfohlenen Mercur. solub. Hahnemann. Alles dies änderte an dem Zustande des Kindes nicht das Geringste. Die allsommerlich hier unter den Päppelkindern herrschende grosse Sterblichkeit steigerte meine Besorgniss um dieses ohnehin so gefährdete Kind dermassen, dass ich mich zu dem verantwortungsschweren Schritt entschloss, die

Miethung einer Amme anzurathen. Ob und wie viel etwa die Ammenbrust zur Lebenserhaltung des Kindes beigetragen hat, vermag ich selbstverständlich nicht zu beurtheilen. Ich kann aber versichern, dass sie eine sinnlich wahrnehmbare Wirkung nicht gehabt hat. Eine Wendung zum Besseren trat erst ein durch Einleitung einer permanenten Schwitzkur mittelst hydropathischer Einwickelungen. Wenn das Kind einige Stunden meist schlafend in der Einpackung zugebracht hatte, wurde es abgerieben, gesäubert, gesäugt, in die Luft geschickt und dann von Neuem eingepackt, und diese Procedur liess ich ununterbrochen Tag und Nacht fortsetzen. In den ersten fünf Tagen blieb die Haut beharrlich trocken. Doch am sechsten Tage war sie schon feucht, und nun bedurfte es nur noch zehn weiterer Schwitztage und das Kind war „wie umgewandelt“ „gar nicht wieder zu erkennen“. Die allgemeine Decke war glatter und derber, der Körper voller und runder und das greise Gesicht ein kindliches geworden. Noch während der Fortsetzung der Schwitzkur bekam M. einen Hautausschlag, den ich, da ich ihn zufällig erst nach drei Tagen sah, nicht bestimmt als Roseola ansprechen kann. Die später vorgenommene Pockenimpfung verlief wie beim älteren Bruder ohne jeden Zwischenfall. Nicht unerwähnt will ich lassen, dass die seborrhoische Kopfhaut während des Schwitzens einen durchdringenden weithin lästigen Moschusgeruch verbreitete.

Als der Knabe Mitte Februar 1866 entwöhnt wurde, unterschied er sich in Nichts von einem gesunden normalentwickelten Kinde und man konnte versucht sein, der damals gerade im Schwange befindlichen Meinung beizutreten, dass die Schwitzkur, wie das unschädlichste, so das mächtigste Heilmittel gegen Syphilis sei. In Wirklichkeit hatte jedoch die Schweissbehandlung nur ein Symptom der Syphilis — den Marasmus — nicht aber die Syphilis beseitigt. Denn bald fingen sich Gummata zu bilden an, zuerst an der linken Wange, dann am rechten Glutaeus und endlich am äusseren Rande des linken Biceps. brach. und im October trat am ganzen Körper ein papulöser Ausschlag hervor, welcher nach circa fünf Tagen wieder verschwand. Die Knoten wölbten sich allmälig über die Hautfläche empor, der in der Wange erreichte fast den Umfang einer Pflaume. In der irrigen Meinung befangen, beim Bruder durch künstliche Oeffnung die Heilung verzögert zu haben, überliess ich diese Knoten unangetastet sich selbst. Nun brachen sie mit der Zeit wohl auf.

doch die kleinen Oeffnungen verklebten bald wieder, die Decken traten immer von Neuem prall hervor, und schliesslich wurde ich inne, durch mein Zuwarten nicht schnellere Heilung, sondern blos hässlichere Narben erzielt zu haben. Von den sonstigen Zufällen M's. nenne ich nur noch einige der letzten Jahre, theils weil sie zu den nicht gewöhnlichen Vorkommnissen zählen, theils weil sie die Unerloschenheit des Erbübels darthun. Am 26. December 1878 wurde ich auf Verdickungen an den Vorderenden der drei obersten linken Rippen aufmerksam gemacht. Sie traten stark an der ersten und zweiten, minder stark, doch hinreichend deutlich an der dritten Rippe hervor. Diese übrigens schmerzlosen Verdickungen nahmen nach und nach ab, bis sie im Januar 1881 gänzlich verschwunden waren. Im Sommer 1880 entstanden multiple Drüsenschwellungen an Hals und Nacken; sie waren von mässigem Unfang und kurzem Bestande. Eine Drüse jedoch hinter dem linken Ohr erreichte die Grösse einer Wallnuss, verkleinerte sich nur wenig, und blieb dann unverändert bis heute fortbestehen. Im Herbst 1881 zeigte sich eine Area Celsi des Hinterhauptes; vom Scheitel bis zum Nacken in der Breite von circa 3 Ctm. war die Kopfhaut völlig haarlos, glatt und blendend weiss. Während an dieser Stelle jetzt die Heilung schon begonnen hat, ist der Process vom Endpunkt im Nacken nach links aufwärts noch im frischen Fortschreiten begriffen. Im Februar d. J. klagte M. über Schmerzen in der „Urinblase"; also bezeichnete er das Scrotum. Ich fand eine Varicocele funic. sperm. lat. sinistr. und gewahrte, dass, wie das Gesicht bartlos und die Achselhöhle kahl, so der Mons pubis und die Genitalien unbehaart und von der Farbe der umgebenden Haut waren. Zugleich wurde mir die Ueberzeugung, dass der Geschlechtstrieb im tiefsten Schlummer ruht. Dieser Zustand ist gegenwärtig (1. Juli 1882) noch derselbe, nur dass mir die Scrotalhaut schon eine Spur dunkler erscheint, und hier und da einzelne Milchhärchen sich zeigen. Im Uebrigen ist M. keineswegs in der Entwicklung zurückgeblieben. Er ist etwas unter Mittelgrösse, normal gestaltet, ziemlich kräftig gebaut, wohl genährt, frischer Gesichtsfarbe und von durchschnittlicher geistiger Begabung und Bildung.

V. M's. Amme, ein 19jähriges, blühendes, von Gesundheit strotzendes Dienstmädchen, war drei Wochen vor Antritt ihres Ammendienstes in der hiesigen geburtshilflichen Universitätsklinik leicht und schnell niedergekommen. Weder während ihres Aufenthalts im B.'schen Hause,



noch nach ihrer Entlassung bis Anfangs 1867, wo ich sie zuletzt sah, hat sie durch irgend ein subjectives oder objectives Symptom zu dem Verdacht Anlass gegeben, dass ihr früheres Wohlbefinden eine nachtheilige Einwirkung erfahren habe.

Epikrise.

Herrn B.'s Krankengeschichte ist wohl kaum anders, denn als wiederholte Ansteckung aufzufassen. Es hiesse doch wahrlich den Thatsachen Gewalt anthun, wollte man annehmen, dass der aussereheliche Umgang (Ende August 1861) ein harmloser Act gewesen, dass der nach demselben entstandene örtliche Schaden kein „primitives Sklerom" sondern ein sogenannter Pseudoschanker, oder aber ein der alten Syphilis entstammtes Gumma gewesen, das nur zufällig sich binnen der gewöhnlichen Incubationsfrist entwickelt habe. Vollends hiesse es aller Erfahrung Hohn sprechen, wollte man zulassen, dass eine seit fast neun Jahren unsichtbar und auf zwei nacheinander geborene Kinder unwirksam gebliebene Syphilis plötzlich in solcher Stärke wieder auflebte, dass sie nicht blos eine Vererbungsreihe beginnen, sondern dieselbe sogar mit einem äusserst frühzeitigen Abort einleiten konnte! Unbefangene Beurtheiler werden vielmehr die Ueberzeugung gewinnen, dass Herr B. von seiner früheren Syphilis vollständig geheilt, und daher ebenso fähig war gesunde Kinder zu erzeugen, als sich neue Ansteckung zuzuziehen. Im August 1861 hat er sich solche wirklich zugezogen. In der erfahrungsmässigen Frist stellte sich ein hartes Geschwür ein, welchem schmerzlose Bubonen folgten. Als nun Pat. nach Ablauf einer der zweiten Incubation entsprechenden Zeit seine Frau umarmte, zeugte er mit ganz frischer Syphilis einen Abort, mit älterer und eingreifend behandelter Krankheit zwei reife aber inficirte Kinder. Freilich hat dieser unser Reinfectionsfall einen ganz eigenthümlichen Verlauf genommen. Denn Herr B. läugnet mit Bestimmtheit, an irgend einem Secundärzufall gelitten zu haben und auch die Untersuchung von der Zeit an, wo das Secundärstadium erst zu beginnen pflegt, hat niemals eine Erscheinung der condylomatösen Periode zu entdecken vermocht. Demnach hat sich an Ulcus indur. und indolente Bubonen unmittelbar das Tertiärstadium angeschlossen. In den von Diday[1])

[1]) Arch. gén. d. méd. 1862. Juli und August.



und Koebner[1]) zusammengestellten Reinfectionsfällen eigener und fremder Beobachtung findet sich ein solcher Verlauf nicht verzeichnet. Allein so geeignet die Fälle dieser Autoren sind, das Vorkommen der Reinfection zu beweisen, ein Urtheil über deren Verlauf können sie nicht begründen, weil ihre Beobachtungsdauer eine zu kurze ist. Drei Jahre hielt ich unsere Reinfection mit Ulcus dur. und indolenten Bubonen für abgeschlossen, als die ersten Zeichen tertiärer Erkrankung eintraten. Ganz unerhört ist übrigens dieser Verlauf keineswegs; wenigstens hat nach Zeissl's Bericht[2]) Gascoyen einen ganz ähnlichen beobachtet: „Pat. acquirirte bei der zweiten Infection einen harten Schanker, welchem ohne Intervention irgend einer secundären Affection tertiäre Symptome folgten".

Frau B. war zur Zeit der ersten Empfängniss einer syphilitischen Frucht durchaus gesund, namentlich weder latenter Syphilis, noch erworbener Immunität verdächtig. Dies geht schon, um von Anderem zu schweigen, daraus hervor, dass sie seit ihrer Pubertät niemals krank gewesen, dass sie nach gelegentlicher Andeutung des Mannes als Jungfrau in die Ehe getreten, dass sie in den ersten zwei Jahren der Ehe zwei dauernd gesunde Kinder geboren, und dass sie endlich von der zweiten Niederkunft bis zum Abort (Mai bis December) sich ungetrübten Wohlseins erfreute. Obgleich also unzweifelhaft ansteckbar, hat Frau B. drei syphilitische Kinder zur Welt gebracht, ohne selbst jemals ein auf Syphilis deutendes Zeichen darzubieten. War Frau B. wirklich frei von Syphilis? Oder allgemein ausgedrückt: gibt es wirklich gesunde Mütter hereditär-syphilitischer Kinder? In Beantwortung dieser seit lange vielumstrittenen, neuerlich durch Kassowitz's ausgezeichnete Schrift[3]) sogar zu grundlegender Bedeutung erhobenen Frage, gehen die Autoren bekanntlich nach drei verschiedenen Richtungen auseinander. Die Einen mit Hutchinson[4]) an der Spitze behaupten: solche Mütter bleiben niemals gesund; die Anderen

[1]) Ueber Reinfection mit constit. Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. 1872. Nr. 16 ff. Separ.-Abdr. pag. 11.

[2]) Jahrb. v. Virch. u. Hirsch 1875. II. pag. 692.

[3]) Die Vererbung der Syphilis. Sep.-Abdr. Wien 1876.

[4]) Medic. Times and Gazette vom 11. October und 20. December 1856 und 10. Januar 1857.



mit Gamberini[1]) und Kassowitz[2]) als Vertretern behaupten, solche Mütter bleiben jedes Mal gesund; noch Andere endlich, mit Ricord als Repräsentanten, behaupten: solche Mütter bleiben in der Regel gesund, nur ausnahmsweise nicht. Meiner Meinung, dass Frau B. wirklich frei von Syphilis geblieben, steht also nur Hutchinson's Behauptung entgegen, weshalb ich mir auch nur über diese einige Bemerkungen erlaube.

Hutchinson hält es für ein Postulat der pathologischen Physiologie, dass Mütter, welche mit vom Vater her syphilitischen Früchten schwanger gehen, von diesen inficirt werden. Dieser unläugbar rationellen Ansicht steht jedoch die Thatsache gegenüber, dass Mütter, welche sehr häufig solche Kinder geboren haben, während jahrelanger Beobachtung kein Luessymptom gewahren lassen. Hutchinson erkennt an, dass diese Thatsache richtig sei, nicht aber dass sie seiner Ansicht widerspreche. „Die vom Fötus überkommene Syphilis der Mütter sei nämlich „nicht zymotisch", deren Ansteckung komme daher nur langsam und allmählich, oft erst nach mehreren unreinen Schwangerschaften, nicht selten sogar erst im klimakterischen Alter zu Stande. Ist das Virusmaass, gleichviel in welcher Zeit voll geworden, so treten nicht etwa zuerst Secundärerscheinungen ein, sondern es beginnt alsbald das Tertiärstadium, weil die vom Fötus stammende Syphilis der Mütter stets genaue Aehnlichkeit habe mit der der Väter, diese aber fast immer bei der ersten Schwängerung bereits im Tertiärzustande sich befänden" [3]). „Wenn nun die klinische Beobachtung solche Mütter, weil dieselben weder einen Primäraffect noch Secundärsymptome zeigen, als gesund bezeichne, so lasse sie sich vom Scheine täuschen, denn in Wirklichkeit seien sie blos noch nicht sichtlich krank".

Dieser von Hutchinson ad hoc ersonnene Uebertragungsmodus ist nicht mit Ricord's choc en retour in gleiche Linie zu stellen [4]). Wie es diese mit Unrecht bemängelte [5]) Bezeichnung

[1]) Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph. 1870. p. 100 ff.

[2]) l. c.

[3]) Medic. Times and Gaz. 1856. p. 305. Nr. 2 bis 4. Behrend Syphilodol. II. p. 270.

[4]) Bäumler's Handb. d. Syph. 2. Aufl. S. 61.

[5]) Caspary, Vierteljahrschr. u. Dermat. f. Syph. 1875, S. 442.

schon treffend ausdrückt, hält sich Ricord in den Grenzen der allgemein massgebenden Normen. Ein fötaler Herzstoss vollbringt mit einem Wurf den Rückschlag, welchem sodann in gemessener Zeit Secundärsymptome folgen. Hutchinson's Infectionsmodus ist keine minimale Momentansteckung mit regulärem Verlauf, sondern eine schleichende Partialansteckung mit Tertiärsyphilis d'emblée.

Diese Infectionsform beseitigt jede Schranke, welche sich etwa der Diagnose auf Syphilis entgegenstellen könnte. Gibt es, ganz abgesehen vom Localaffect, keine Incubationsfristen, keine Reihenfolge und Gruppirung der Symptome, und auch — da viele tertiäre Leiden solchen anderen Ursprungs gleichen — keine charakteristischen Erscheinungsformen, dann lässt sich jede Mutter eines luetischen Kindes leicht für syphilitisch ausgeben. Ist sie gesund, dann ist ihr das erforderliche Virusmass noch nicht zugeflossen; stirbt sie nach Jahren syphilisfrei, dann ist der Tod dem Krankheitsausbruch nur zuvorgekommen; wird sie älter, stellen sich Gesichtsblässe, Abmagerung, Schwäche, Welkheit der Haut ein, wird sie von Fluor albus, Defluvium capillorum, Rhagaden der Lippenwinkel, Katarrh oder gar Phlyctänen der Mund- und Rachenhöhle, Gliederreissen nach Erkältungen, Ausschlägen und Fussgeschwüren heimgesucht, nun dann ist ja die Tertiärsyphilis offenbar.

Als directen Beweis für seine Hypothese führt Hutchinson 50 skizzirte und tabellarisch geordnete Krankengeschichten an, welche angeblich nur nach seiner Auffassung verständlich werden. Dieselben sondern sich gleichsam von selbst in zwei Abtheilungen. In der einen ist die Syphilis der Mütter völlig zweifellos, es fragt sich nur, wie und woher sie dieselben überkommen haben. Meines Wissens gibt es keine Infectionskrankheit mit Jahre oder gar Jahrzehnte langer Incubation. Ferner gibt es keine einzige sicher erwiesene und darum allgemein anerkannte Syphilisübertragung weiter, als die mittelst örtlicher Einpflanzung. Die Vererbung ist keine Uebertragung, es sind die selbsteigenen Zellen der Eltern, welche zu Sonderindividuen werden. Die Ansteckung der Frucht durch die während der Schwangerschaft syphilitisch gewordene Mutter ist, um nur zwei Anhänger dieses Ansteckungsmodus anzuführen, nach Weil [1]) „bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen" und

[1]) Volkmann's Sammlung klin. Vortr. 1878, Nr. 130, S. 16.



Caspary [1]) kann für dieselbe keine „klinischen Erfahrungen anführen“. Noch strittiger ist der choc en retour und die seminale Uebertragung mit und ohne Befruchtung. Es werden uns daher nur die zwingendsten Beweise dazu vermögen, eine constitutionelle Syphilisübertragung mit unbegrenzter Incubation anzuerkennen, verbunden zumal mit einem nie und nirgends erhörten Verlauf. An solchen Beweisen lässt es jedoch Hutchinson in seinen klinischen Mittheilungen ganz und gar fehlen. Die Väter hat er nur in höchst vereinzelten Fällen flüchtig gesehen. Ob die Syphilis der Kinder wirklich vom Vater stammt, ist, wie Hutchinson selbst einräumt, bei Weitem nicht immer ausser Zweifel. Ueber die Erlebnisse der Mutter vor und in der Ehe weiss er nur so viel, als diese über sich aussagen. Wie wenig aber auf die Aussagen armer Patientinnen, selbst die optima fides und das treueste Gedächtniss vorausgesetzt, zu geben ist, darüber brauche ich wohl kein Wort zu verlieren. Werden doch offenliegende Genitalschäden, wenn sie nicht erhebliche Schmerzen oder gänzliche Erwerbsunfähigkeit verursachen, sehr häufig übersehen, oder doch nur so oberflächlich beachtet, dass sie bald aus der Erinnerung schwinden. Ob jedes Mal auch die inneren Geschlechtstheile genau untersucht worden, wird nicht mitgetheilt. Der Zustand der Lymphdrüsen, für die Eruirung eines etwa vorausgegangenen Primäraffectes kein werthloses Moment, wird mit keiner Silbe erwähnt. An die Möglichkeit, dass die Frauen von ihren Männern an anderer als der gewöhnlichen Stelle einen Primäraffect erworben haben, daran konnte Hutchinson nicht denken, weil er noch an die Unübertragbarkeit secundären Materials glaubte, eine Lehre, welche er durch seine Hypothese vollends zu festigen vermeinte [2]). Hieraus erklärt sich, wie Hutchinson in dem ausführlich mitgetheilten Falle des Friseurs [3]) die Syphilis der Frau vom Fötus herleiten konnte, während die Angaben keinen Zweifel lassen, dass sie vom Manne stammt. Hätte Hutchinson gewusst, dass sehr kleine Abschürfungen der Zunge (very small abrasion on the tongne) anstecken, und Initialsklerome auch an Lippen, Wangen u. dgl. sitzen können, so würde er sich schwerlich auf solche Fälle berufen haben.

---

[1]) Vierteljahrschr. f. Dermat. 1881. S. 37.

[2]) Med. T. u. G. l. c. 305, Nr. 7.

[3]) Ibid. u. Behrend l. c.

Den anderen Theil der Krankengeschichten trifft noch ausserdem das besondere Bedenken, dass nicht entfernt feststeht, ob denn die Mütter überhaupt syphilitisch sind. Hutchinson gibt selbst zu, dass die Symptome zu wenig charakteristisch (vague) sind, um nicht ebensogut anderen Ursprungs sein zu können (would not have been ranked as syphilis). Er führt daher in einer eigenen Rubrik [1]) die Gründe an, welche ihm genügend scheinen, deren Specificität zu verbürgen, nämlich 1. weil sie durch Antisyphilitica geheilt oder wenigstens gebessert wurden und 2. weil die Syphilis der Väter wiederholt, die Syphilis der Kinder fast immer mit Sicherheit nachzuweisen war. Allein dem ohnehin nicht vollwerthigen Beweis ex juvantibus ist unter den gegebenen Umständen vollends wenig Werth beizulegen. Wenn arme Frauen, welche nach mehreren zumal rasch nach einander in Noth und Elend überstandenen Entbindungen vorzeitig siech geworden, im Hospital bei längerer Ruhe und Enthaltung, besserer Ernährung, Pflege und Localbehandlung, Heilung oder Besserung ihrer Leiden finden, so sind doch diese darum noch nicht als syphilitisch gekennzeichnet, weil auch Antisyphilitica in Anwendung kamen. Gänzlich hinfällig, weil wider alle Logik ist der zweite Beweisgrund. Wenn zu entscheiden ist, ob die Mutter syphilitisch wird durch die Syphilis der Frucht, so kann doch durch die Syphilis der Frucht nicht entschieden werden, dass die Mutter syphilitisch wird; die Voraussetzung der Frage (Syphilis des Erzeugers und Erzeugten) kann nicht Entscheidungsgrund der Antwort sein. Ja! weil es sich stricte um das Princip handelt, kann die Syphilis des Kindes nicht ein Mal eine leise Präsumtion für die Syphilis der Mutter abgeben. Für die Art übrigens, wie Hutchinson seine klinischen Beobachtungen ausnützt, führe ich nur Fall 49 als Beispiel an: Die 42jährige F. N. hat vor 14 Jahren gleich nach der Verheiratung im 7. Monate abortirt. Seitdem ist keine Conception mehr eingetreten. Jetzt erkrankte sie und Hutchinson erklärte das Leiden für Syphilis, erzeugt durch Retroinfection. Nun aber das Dilemma: war Frau N. durch die erste Schwangerschaft genügend inficirt, wie konnte sie 14 Jahre lang ohne specifische Symptome bleiben, war sie es nicht, woher kam schliesslich die Ergänzung,

[1]) „Evidence that the symptoms had really been syphilitic“.



wenn keine Conception mehr erfolgt ist? Doch Frau N. hat ausgesagt, dass ihre Regel einige Male nach einander ausgeblieben und dann stärker wiedergekehrt sei. Folglich hat die 42jährige Frau unbewusst abortirt, womit die Ergänzung gefunden und die Retroinfection erwiesen ist!

Von den beiden indirecten Beweisen, welche Hutchinson für seine Theorie anführt, verdient besonders die Berufung auf die Immunität der Säugemütter den eigenen Kindern gegenüber, das sogenannte Colles'sche Gesetz [1]), eine nähere Besprechung, da ihr die Schüler Hutchinson's das allergrösste Gewicht beilegen [2]). Hutchinson selbst deutet Colles' Erfahrung [3]) dahin, dass die Kinder den Müttern kein Virus mehr zuführen, weil sie ihnen in utero bereits so viel sie konnten zugeführt haben (that the mother has really received from it whilst in utero such contagion as it is capable of conveying; that they have already received the disease to the extent to which the foetus could convey it). Mit dieser Deutung umgeht Hutchinson wohl die bald zu erwähnenden Widersprüche, in welche seine Jünger nachmals verfielen. Allein er vergisst, dass wenn auch nicht die Syphilis der Mütter, so doch die der Kinder „zymotisch" ist und dass extrauterin die minimale Momentansteckung bei Müttern und Ammen gleich Platz greift. Hutchinson's Anhänger deuten Colle's Erfahrung dahin, dass die Mütter von ihren Brustkindern keinen Luesstoff mehr aufnehmen, weil sie von ihnen in utero bereits so viel sie konnten, aufgenommen haben, oder mit anderen Worten, weil sie bereits durchseucht sind. Ich kann dieses Argument weder von dem allgemeinen noch von dem besonderen Standpunkte Hutchinson's aus als solches anerkennen. Vom ersteren

---

[1]) Practical observations on the venereal disease and the use of mercury by Abraham Colles 1837. S. 285 u. 286.

[2]) Caspary, Vierteljahrschr. f. D. u. S. 1875. S. 445 und 1881 pag. 37.

[3]) l. c. I have never witnessed nor ever heard of an instance in which a child deriving the infection of Syphilis from its parents has caused an ulceration in the breast of its mother. — I have not seen any instance in which an infant infected by the mother communicated a venereal ulcer of the nipple to her. — Dass Colles an seinem Gesetz nicht Schuld hat, ist hier vollkommen gleichgiltig.

aus mache ich nicht etwa dessen negativen Charakter geltend, negative Erfolge, wenn stetig, sind oft entscheidend. Ich rufe auch nicht die mehrcitirten Fälle angeblich inficirter Mütter an; kaum einer ist kritikfest [1]). Wohl aber betone ich, dass, wie in unserem Falle, so allgemein auch Ammen von hereditär-syphilitischen Säuglingen nur selten angesteckt werden, so selten, dass ein Mann von der Erfahrung Günzberg's [2]) sogar auf die Idee kommen konnte, der Erbsyphilis die Ansteckungsfähigkeit überhaupt abzusprechen. Bei diesem Sachverhalt erscheint es nicht gerechtfertigt, das Verschontbleiben der Mütter auf einen, wenn überhaupt, nur bei diesen existenten Vorgang zurückzuführen. Es drängt sich vielmehr die Wahrscheinlichkeit auf, dass die gleiche Ursache bei Müttern und Ammen darüber entscheidet, ob Ansteckung erfolgt oder nicht. Als diese Ursache geben neuere Autoren den Zustand an, in welchem die Bedeckungen der beim Saugact betheiligten Organe sich befinden; je nachdem sie wund oder heil sind, wird bei Müttern und Ammen Ansteckung entweder eintreten oder ausbleiben. Längst von diesem Abhängigkeitsverhältniss überzeugt, theile ich doch die Ansicht nicht, dass dasselbe volle Aufklärung gewährt. Gerade die Hauptfrage: warum Mütter nicht blos häufiger als Ammen, sondern schlechthin mit so hoher Beständigkeit frei ausgehen? sie bleibt ungelöst. Bäumler [3]) lässt es fraglich, ob nicht die Zahl der Beobachtungen so klein sei, dass die Möglichkeit eines nur „zufälligen Freibleibens“ nicht ausgeschlossen werden kann. Allein da die ärztliche Welt trotz eifrigsten Bemühens während eines nahezu halben Jahrhunderts kein einziges einwandfreies Beispiel vom Gegentheil beizubringen vermochte, so muss doch wohl der Gedanke blossen Zufalls aufgegeben werden; klingt es doch fast wie eine contradictio in adjecto, solche Beständigkeit als zufällige zu bezeichnen. Ich ziehe es daher vor anzunehmen, dass bei Müttern noch ein Einfluss waltet, welcher sei es das Eintreten, sei es das Wirksamwerden der Infections-

[1]) Ranke, Tagebl. d. 51. Versamml. d. Naturf. u. Aerzte. S. 94, 1878. Die versprochene ausführliche Mittheilung ist mir übrigens bisher nicht zu Gesicht gekommen.

[2]) Oesterr. Jahrb. f. Pädiatr. 1872. S. 166. (nach Bäumler l. c. Seite 60).

[3]) l. c. S. 63.

bedingungen hemmt oder doch erschwert. Mag aber hierüber die klinische, statistische und experimentelle Forschung der Zukunft wie immer urtheilen, so viel scheint jetzt schon sicher, dass die Verschiedenheit der Immunitätsfrequenz bei Ammen und Müttern nicht ausreicht, eine, zumal specifische, Verschiedenheit der Immunitätsursache wahrscheinlich zu machen.

Aber selbst zugegeben — obgleich mir kein Fall dieser Art bekannt ist — dass Mütter auch dann, wenn sie selbst schlimme Warzen und ihre Säuglinge Mundgeschwüre haben, stets frei bleiben und wir also genöthigt wären eine eigenthümlich mütterliche Immunitätsursache vorauszusetzen, so würden wir gleichwohl von Hutchinson's eigenem Standpunkte aus als solche nicht die Retroinfection zuzulassen vermögen. Denn einmal ist es uns unfasslich, wie man Mütter heute als Säugende für durchseucht und darum unansteckbar und morgen als von Neuem Schwangere wiederum für vom Fötus ansteckbar erklären kann. Sodann geben wir Folgendes zu bedenken: Die Beweiskraft der Impfprobe beruht auf dem Erfahrungssatz, dass Luesgift nur auf Gesunde, niemals auf Syphilitische constitutionell wirkt, dass es sozusagen keine syphilitische Superfecundation gibt. Diesen Erfahrungssatz hat Hutchinson ad hoc ausser Kraft gesetzt, indem er das schon von der ersten Schwangerschaft her mit Virus getränkte Blut der Mütter in den folgenden Schwangerschaften noch weiteres aufnehmen lässt. Wenn aber die constitutionelle Syphilis nicht vor fernerer Blutvergiftung schützt, ist jede Folgerung aus Inoculationsergebnissen grundsätzlich ausgeschlossen. Diese principielle Unzulässigkeit des Impfbeweises ist bisher von Anhängern und Gegnern gleichmässig übersehen worden. Die Gegner glauben Hutchinson's Lehre durch den Nachweis, dass Mütter von ihren kranken Kindern angesteckt werden, erschüttern zu können und bereits erschüttert zu haben. Die Anhänger geben zu, dass die Lehre durch solchen Nachweis unhaltbar würde, sie läugnen nur, dass ein solcher Nachweis erbracht sei oder erbracht werden könne. Der ganze Streit dreht sich demnach um Colles' Gesetz, „er wäre sofort entschieden, sagt Caspary, wenn „an einer kürzlich von krankem Kinde Entbundenen die gewöhnliche Symptomenreihe der acquirirten Syphilis zur Beobachtung käme". Beide Parteien vergessen, dass mit Annahme der allmählichen, stückweisen Ansteckungsform die Impfprobe ihre Schluss-



fähigkeit verloren hat. Würde der — jedenfalls dankenswerthe — Impfversuch Caspary's nicht negativ, sondern positiv ausgefallen sein, so würde er im Sinne der Hypothese keineswegs bewiesen haben, dass die Mütter völlig gesund, sondern blos, dass sie noch nicht völlig krank gewesen, dass die intrauterin unfertig gebliebene Infection extrauterin rasch perfect geworden sei. Wo aber positive Impferfolge nicht Gesundheit, da können negative — Colles' Gesetz — nicht Krankheit bezeugen.

Eine zweite indirecte Bestätigung seiner Lehre findet Hutchinson darin, dass die erstgebornen Kinder syphilitischer Väter schwächer luetisch sind als die später geborenen, was darauf zurückgeführt wird, dass jene ihre Syphilis nur vom Vater, diese aber zugleich vom Vater und der inzwischen inficirten Mutter haben. Die Thatsache, von welcher dieses Argument ausgeht, ist jedoch eine irrige. Hutchinson gesteht selbst, dass nicht selten die ersten Kinder am stärksten behaftet sind, und Kassowitz's statistische Erhebungen lassen keinen Zweifel, dass die Stärke der vererbten Syphilis eine absteigende Scala bildet, genau entsprechend dem allgemeinen Gesetz, nach welchem die Intensität der Syphilis dem Alter derselben umgekehrt proportional ist.

Hier sei mir ein kurzer Schritt über die Epikrisengrenze gestattet. Hutchinson hat seine hinfällige Hypothese nur ersonnen, weil ihm die Rectroinfection durch choc en retour mit Recht unhaltbar schien. Müssten ja dann alle Mütter hereditär-syphilitischer Kinder spätestens 3 bis 4 Monate nach der Niederkunft Secundärsymptome zeigen, was bekanntlich nicht der Fall ist. Deshalb hat Ricord diesen Ansteckungsmodus auch nur als mögliche Erklärung für solche Fälle aufgestellt, in welchen Mütter hereditär-syphilitischer Kinder anscheinend ohne vorgängigen Primäraffect von Secundärzeichen befallen werden.

Kann nun Angesichts der Thatsachen die Retroinfection auf keine der beiden möglichen Weisen entstehen, und berichten Anhänger derselben, dass Mütter nach 10 und 11 syphilitischen Schwangerschaften noch vollkommen gesund befunden worden sind, so wird die schlichte, von objectiven Gesichtspunkten ausgehende Ueberlegung nicht umhin können, die Existenz der Retroinfection zu läugnen. Uebrigens hat die Unschädlichkeit der fötalen Syphilis für die Mütter eine Analogie in der Unschädlichkeit der mütterlichen Syphilis für



die Säuglinge. Syphilitische Frauen können gesunde Kinder stillen, ohne sie zu gefährden. Und doch geht die mit Formelementen versehene Milchflüssigkeit aus dem syphilitischen Blut der Ernährerin hervor, und in das gesunde Blut des Ernährten über. Doch trotz Erfahrung, Logik und Analogie erwirbt sich die Retroinfection vermuthlich durch den Nimbus der Naturnothwendigkeit immer wieder neue Vertheidiger. Zu den neuesten gehört der verdienstvolle hiesige College Herr Dr. Gustav Behrend, und seine Abhandlung [1]) ist es, welche mir durch ihre verführerische Sachlichkeit einige Gegenworte abnöthigt. Herr Dr. Behrend theilt zwei Beobachtungen mit, welche mit Sicherheit darthun sollen, dass die während der Schwangerschaft syphilitisch gewordene Mutter ihre Leibesfrucht inficirt habe. Ist hiedurch die placentare Virusvermittlung nach der einen Seite, so ist sie auch, da die Richtung „für die Sache an sich ohne Bedeutung" sei, nach der anderen Seite hin und somit die Retroinfection erwiesen. Wenn, meint Herr Dr. Behrend, trotz solcher schon von anderen Autoren gemachten Beobachtungen die Meinungen sich gleichwohl diametral gegenüber stehen, so liege der Grund darin, dass beide Parteien den Fehler begehen, die wechselnden Erscheinungen in unabänderliche Gesetze zwängen zu wollen. Der wirkliche Verhalt sei vielmehr folgender: Die Retroinfection komme thatsächlich vor, aber bleibe unter Umständen auch aus; sie entstehe, „nach den in der Literatur niedergelegten concreten Beobachtungen" durch choc en retour, aber in vereinzelten Fällen sei auch die langsame Ansteckung zuzugeben. Von den mancherlei Bedenken, welche mir diese Abhandlung einflösst, begnüge ich mich hier nur ein einziges anzuführen, um darzuthun, dass die klinische Grundlage der Beweisführung keineswegs diejenige Festigkeit besitzt, die ihr der Autor zuschreibt. Ueber das voreheliche Leben der Männer weiss nämlich der sonst so umsichtige Forscher Nichts bestimmtes auszusagen, wenigstens wird uns darüber in den berichteten Krankengeschichten Näheres nicht mitgetheilt. Es steht daher nicht das Geringste der Annahme entgegen, dass der Hergang in Wirklichkeit folgender gewesen sei: die Männer sind mit latenter Syphilis in die Ehe

[1]) Zur Lehre von der Vererbung der Syphilis von Dr. Gust. Behrend in Berlin. Berliner klinische Wochenschrift 1881. Nr. 8 und 9.



getreten und haben ihre Frauen, ohne dieselben zu schädigen, mit luetischer Frucht geschwängert. Darauf zogen sie sich in ausserehelichem Umgang eine Wunde oder ein einfaches Geschwür zu. Der provocatorische Reiz der illegitimen, mit einer Verletzung einhergehenden Umarmung zog die verborgene Syphilis wieder ans Licht, was sich vor Allem durch Induration der verletzten Stelle kundgab. In diesem Zustande manifest gewordener constitutioneller Syphilis inficirten sie ihre Frauen. Die congenitale Syphilis der Kinder wäre also nicht das Erbtheil der nachmals inficirten Mütter, sondern der vormals inficirten Väter. Ich glaube daher nach wie vor behaupten zu können: es gibt keine einzige constitutionelle Syphilisübertragung, welche auch nur einigermassen sicher erwiesen wäre.

An dem Knaben H. ist die Zahnbildung erwähnenswerth. Sie hat wenig Aehnlichkeit mit derjenigen, welche Hutchinson als pathognomonisch für congenitale Syphilis beschrieben hat. Dass sie nicht syphilitischen Ursprungs, sondern einfaches Muttererbe ist, geht daraus hervor, dass die bisher stets gesunde älteste Schwester die gleiche Zahnformation zeigt. Ob der Fleck des einen Schneidezahnes ein Ansatz zu der von Morston beobachteten Zahnaffection sei, lässt sich mit ziemlicher Gewissheit verneinen, da in Morston's Falle der Zerstörungsprocess schon $1^3/_4$ Jahr nach der Ansteckung begann und schnell ablief, während H.'s Fleck seit vielen Jahren besteht, ohne dass bis jetzt der geringste Substanzverlust eingetreten ist.

Unter den Behaftungen M.'s erregen zunächst die Rippenverdickungen unser Interesse, weil sie an die Osteochondritis epiphys. mahnen. Dieses Leiden, 1834 zuerst von Valleix beschrieben, ist lange Zeit unbeachtet geblieben; die Lehrbücher von Michaelis[1]) Reder[2]), Zeissl[3]) aus den Jahren 1859, 1863 und 1864 erwähnen seiner noch nicht. Erst die im J. 1870 erschienene Abhandlung

---

[1]) Bäumler l. c. S. 197.

[2]) Jahrb. v. Virchow und Hirsch 1873. Bd. II. S. 616.

[3]) Compendium der Lehre von der Syphilis. Wien 1859.

[4]) Pathol. u. Therap. d. vener. Krankh. Wien 1863.

[5]) Lehrb. der constitut. Syphilis. Erlangen 1864.

[6]) Ueber hereditäre Knochensyphilis bei jungen Kindern. Virchow's Arch. 1870. Bd. 50. S. 305.

Wegner's verschaffte ihr allmählich allgemeinere Beachtnng und Würdigung. Dies der Grund meiner Zwangslage, nachträglich erörtern zu müssen, ob M. an hereditärer Knochensyphilis gelitten hat, oder nicht. Ist man mit Waldeyer und Koebner [1]) der Ansicht, dass dieses Leiden die ererbte Lues constant begleite, dann freilich ist man jedes Zweifels überhoben. Der einfache Rückschluss ist jedoch nicht sicher, da die Affection nach Wegner nur eine „fast constante" und nach Kassowitz [2]) gar nur eine „allerdings häufige Erkrankung hereditär-syphilitischer Kinder" ist. Erwägen wir jedoch das Vorhandensein von Verdickungen überhaupt, und zwar an den Knorpelenden langer Knochen, ferner die Multiplicität dieser Verdickungen und endlich deren Sitz an einer der osteochondrotischen Prädilectionsstellen, so werden wir uns kaum der Ueberzeugung entziehen können, dass wir es hier mit den Resten glücklich überstandener hereditärer Knochensyphilis zu thun hatten, die allerdings etwas spät zur Resorption kamen. Nicht minder sind an M. diejenigen Erscheinungen bemerkenswerth, welche durch ihr Zusammentreffen einen hemmenden Einfluss hereditärer Syphilis auf die Entwickelung der Mannbarkeit zu bekunden scheinen. Es sind dies: das Fehlen jedes Anflugs von Bart, die Kahlheit der Achselhöhlen, die Haarlosigkeit der Schamtheile, das völlige Darniederliegen des Geschlechtstriebes und das Ausstehen des Stimmwechsels — eine Symptomenvereinigung, die ich wenigstens bei einem grossstädtischen Jüngling im 18. Lebensjahre nicht als Ausfluss blossen Zufalls ansehen möchte.

Ueber die civil- und criminalrechtlichen Folgen, denen sich Eltern und Aerzte aussetzen, wenn sie für zweifellos syphilitische Kinder gesunde Ammen engagiren, über diese Frage, die, so viel ich weiss, bis jetzt weder literarisch noch juridisch zur Sprache gekommen, werde ich an anderer Stelle abhandeln.

---

[1]) Beiträge zur Kenntniss der hereditären Knochensyphilis. Virchow's Arch. 1872 Sep.-Abdr.

[2]) l. c. S. 118.

Laryngoskopische Befunde bei den Frühformen der Syphilis.

Von dem

Docenten Dr. **Ottokar Chiari** und dem Secundararzte Dr. **Dwořak**
in Wien.

(Hiezu Tafel VII.)

Die Literatur über Kehlkopfsyphilis ist bereits eine sehr grosse, besonders was die Spätformen anbelangt, welche sehr gut bekannt und beschrieben und meist auch übereinstimmend gedeutet sind. Dagegen sind die Frühformen sowohl bezüglich ihres Aussehens als auch nach ihrer relativen Häufigkeit, ihrem Verlaufe und zeitlichen Zusammentreffen mit den syphilitischen Veränderungen am übrigen Körper von verschiedenen Autoren sehr verschieden geschildert worden.

Wir ergriffen daher mit Vergnügen die Aufforderung des Herrn Professor Dr. Isidor Neumann, an dem reichen Materiale seiner Klinik für Syphilis laryngoskopische Untersuchungen vorzunehmen, und unterzogen 5 Monate hindurch mehr als 200 mit recenter Syphilis oder deren Recidiven behaftete Kranke einer genauen Beobachtung mit dem Kehlkopfspiegel. Es wurden 2 Mal wöchentlich die Kranken untersucht, und hatten wir die meisten einen Monat und viele darüber unter unseren Augen. Dr. Dwořak stellte aus den sorgfältig geführten Krankengeschichten die den übrigen Organismus betreffenden syphilitischen Veränderungen zusammen, um genau die Zeit der Infection, des Auftretens des Exanthems und anderer Veränderungen ermitteln und damit die Kehlkopfbeobachtungen in Zusammenhang bringen zu können. Von diesen circa 200 Kranken mussten mehrere als zweifelhafte



Fälle ausgeschieden werden, so dass sich im ganzen die Zahl der verwendbaren Beobachtungen auf 164 Kranke (108 Männer, 56 Frauen) belief. Alle diese litten nur an den Frühformen der Syphilis oder deren Recidiven; bei keinem von ihnen waren sogenannte tertiäre oder Spätformen: als Gummata, tiefe Ulcera, Perichondritis, Narben oder dergleichen zu constatiren. Die Veränderungen im Kehlkopfe waren im kurzen folgende: 30 Mal starke und circa 35 Mal schwache Röthung und Schwellung der Schleimhaut, 24 Mal Katarrhe und 12 Mal charakteristische Befunde als Papeln, Geschwüre oder starke Infiltrate, welche sich entweder schon nach ihrem Aussehen oder nach ihrem Verlaufe als syphilitische Erkrankungen erkennen liessen. Ich füge noch hinzu, dass immer genau auf Tuberculose untersucht wurde, und alle darauf auch nur Verdächtigen von der Statistik ausgeschlossen wurden.

Bevor wir näher auf diese Ergebnisse eingehen, wollen wir nur kurz von der relativen Häufigkeit der Erkrankung des Kehlkopfes in Folge der Syphilis sprechen.

Lewin[1]) gibt darüber genaue und auf einem ungewöhnlich grossen Materiale beruhende Verhältnisszahlen. Unter 20000 in der Charité in Berlin verpflegten Syphilitischen fand er nur 575 Mal (2·9 %) Kehlkopfsyphilis. Leichte Affectionen traf er 500 Mal und bei 75 schwere. Es waren also die ersteren beinahe 7 Mal so häufig als die letzteren. Anders verhielt es sich in seiner poliklinischen und privaten Praxis; denn unter 6000 Syphilitischen waren 350 mit Larynxsyphilis behaftet (5·83 %), weil Lewin, wie er selbst sagt, auch häufig wegen Halserkrankungen direct consultirt wird. Deshalb fanden sich unter diesen 6000 verhältnissmässig mehr an Kehlkopfsyphilis leidende als unter den 20000 klinischen Patienten der Charité, wohin ja alle Syphilitischen ohne Rücksicht, ob sie im Halse erkrankt sind, von den Armenärzten und der Polizei geschickt werden müssen.

Von diesen 350 Larynxaffectionen waren 200 leichte und 150 schwere, also 1·5 : 1.

Mackenzie[2]) hat unter 10000 Halskranken 308 (3·08 %)

---

[1]) Kritische Beiträge zur Therapie und Pathologie der Larynxsyphilis. Berlin 1881.

[2]) A Manual of Diseases of the Throat and Nose. London 1880. Vol. I.



an Larynxsyphilis leidend gesehen, und zwar verhielten sich die secundären Affectionen zu den tertiären wie 119 : 189 (0·6 : 1).

Schrötter[1]) hatte unter 3700 Halskranken ein ähnliches Ergebniss. 2·7% litten an luetischen Veränderungen des Kehlkopfes und darunter 46 an leichten und 52 an schweren Formen (0·9 : 1).

Engelstedt[2]) fand von 1124 Syphilitischen 4·3% im Kehlkopfe krank.

Lewin schliesst nun aus diesen Beobachtungen, dass Kehlkopfsyphilis durchaus nicht häufig ist. Uebrigens haben einige Autoren andere Resultate gehabt, wie Lewin auch hervorhebt. So fand Garriques[3]) 26% und Bergh[4]) 24·6% (bei 745 Syphilitischen) an Kehlkopfsyphilis leidend. Nach dem letzgenannten Autor waren die leichten Affectionen über 6 Mal so häufig als die schweren. Gouguenheim und Bouchereau[5]) constatirten bei 275 Syphilitischen in beinahe 40% Larynxsyphilis, ja selbst Lewin traf bei 200 in Gemeinschaft mit Fränkel untersuchten Syphilitischen 32 Mal (16%) Kehlkopfsyphilis.

Die Ursachen der verschiedenen Procentzahlen dürften, will man nicht unvollständige oder ungenaue Beobachtung annehmen, da selbst ein so zuverlässiger Beobachter wie Lewin Unterschiede von 2·9%—16% erhielt, in Folgendem liegen: Einzelne haben schon die Röthung und Schwellung der Kehlkopfschleimhaut und Katarrhe als syphilitische Erkrankung angesehen, andere nur entschieden ausgeprägte Formen. Ausserdem sind die Kriterien der syphilitischen Röthung und des Katarrhs so schwankend, dass schon daraus Differenzen entstehen müssen.

Gewiss tragen auch Witterungsverhältnisse dazu bei, den Kehlkopf leichter an Syphilis erkranken zu lassen, und haben darauf besonders schon Mackenzie und Lewin hingewiesen.

Endlich muss man auch die Localität der Beobachtungen ins Auge fassen; wenigstens scheint mir sonst die Behauptung

[1]) Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie. Wien 1871 und 1875.

[2]) Virchow's und Hirsch's Jahresbericht. 1867 und 1868. Bd. II.

[3]) Syphilis u. Stubohoved balyst. med. Strubef. Kjobenh. (nach Lewin).

[4]) nach Lewin.

[5]) Compte rendu du Congrès de Laryngologie. Milan 1880.



Zawerthal's [1]) in Rom, dass er bei 60% der Halskranken seiner Ambulanz Larynxsyphilis gefunden habe, ganz unglaubwürdig, wenn man nicht annimmt, dass in Rom die Syphilis viel häufiger sei als anderswo. Leider konnte ich über diesen Umstand nichts in Erfahrung bringen.

Was nun endlich das Procent-Verhältniss der frühen und späten luetischen Formen im Larynx anbelangt, so ergibt sich aus dem Gesagten Folgendes: Man muss zunächst unterscheiden, ob es sich um Untersuchungen an Kranken einer Klinik für Syphilis, auf welche ja meist Frühformen aufgenommen werden, handelt, oder ob man die Statistik von Kliniken und Ambulatorien für Halskranke berücksichtigt. Die letzteren Anstalten werden gewöhnlich häufiger von solchen Syphilitischen aufgesucht, welche an schweren Erscheinungen, langdauernder starker Heiserkeit, Athembeschwerden und ähnlichen Folgen meist alter Lues leiden. Deshalb werden bei der ersteren Statistik die leichteren, bei der letzteren die schwereren Formen überwiegen. Diese Bezeichnung als leichte und schwere Affectionen wird von den meisten Autoren gewählt, Andere aber wie Mackenzie, Whistler wählen den Ausdruck secundäre und tertiäre Formen; doch dürften beide Bezeichnungsweisen so ziemlich übereinstimmen, da bekannter Weise beim Vorhandensein von Frühformen oder deren Recidiven am übrigen Körper der Kehlkopf nur leicht und vorübergehend erkrankt, während im Stadium der Gummenbildung die im Larynx auftretenden Veränderungen meist schwere sind und in tiefen Geschwüren, Knorpelentzündungen und daraus resultirenden Narben und Stenosirungen bestehen.

Nimmt man also die Bezeichungen leichte, secundäre und Frühformen einerseits; schwere, tertiäre und Spätformen andererseits als gleichbedeutend an, so stellt sich an den Kliniken für Syphilis das Verhältniss der secundären zu den tertiären Formen im Kehlkopfe nach Lewin und Bergh wie 7 : 1, dagegen an den Kliniken und Ambulatorien für Halskranke nach Mackenzie, Schrötter und Lewin wie 0·6, 0·9 und 1·3 : 1.

Aus den Zahlen Lewin's, welcher unter 26000 constitutionell Syphilitischen, die er während 20 Jahren theils klinisch theils

[1]) Compte rendu du Congrès de Laryngologie. Milan 1880.

ambulatorisch behandelte, 700 Mal leichte, und 225 Mal schwere Affectionen des Kehlkopfes fand, geht jedenfalls hervor, dass die Menschen überhaupt öfter an secundärer Syphilis des Kehlkopfes erkranken als an tertiärer, was gewiss zunächst darin seinen Grund hat, dass es bei vielen gar nicht zur Entwicklung des sogenannten tertiären Stadiums, zur Ausbildung der Spätformen überhaupt kommt. Da aber die letzteren im Kehlkopfe meistens sehr bedeutende und oft Gefahr bringende Veränderungen setzen, so ist es erklärlich, dass man sie mehr beachtete, als die Frühformen, welche den Larynx gewöhnlich nur vorübergehend und leicht afficiren; daher mag auch für gewöhnlich die absolute Zahl der ersteren grösser sein, ausser man untersucht grosse Mengen von Syphilitischen, wie Lewin.

Interessant wäre noch der statistische Nachweis, ob die absolut geringe Zahl derjenigen, welche an tertiärer Lues leiden, wirklich relativ häufiger erkranke als die gewiss viel grössere, secundär Syphilitischer, was nach den meisten Laryngologen wahrscheinlich ist.

Eine solche Statistik, die sich blos auf mit den Spätformen der Lues behaftete Individuen erstreckt, findet sich bis jetzt nur von Willigk[1]) in Prag aus dem Jahre 1856. Er spricht von 218 Sectionen secundär Syphilitischer, aber nach dem Texte kann es sich meist nur um Spätformen, sogenannte tertiäre handeln, welche man früher auch secundär nannte. Von diesen 218 waren 15% mit Kehlkopfsyphilis behaftet, so dass nach dieser Statistik im Vergleiche mit der Lewin'schen wirklich die tertiäre Lues, wenn sie überhaupt zum Ausbruche kommt, relativ viel häufiger den Kehlkopf ergreift als die secundäre.

Zur völligen Entscheidung dieser Frage wäre es aber wohl nöthig, grössere Reihen von an Spätformen Leidenden zu untersuchen, ebenso wie wir an unseren 164 Kranken, welche an frühen Formen litten, thaten. Um nun auf die einzelnen Veränderungen zurückzukommen, die wir im Kehlkopfe unserer Kranken fanden, ist zunächst zu besprechen das

Syphilitische Erythem.

Bekanntlich hat Lewin l. c. diesen Ausdruck vorgeschlagen für die von den Autoren beschriebene Röthung und Schwellung

[1]) Sectionsergebnisse. Prager Vierteljahrschrift 1856. Bd. 50. pag. 20.



der Schleimhaut in Folge von Syphilis, wobei jedoch eine vermehrte Absonderung der Schleimdrüsen fehlte, dafür aber trotz dem der Name Katarrh sich eingebürgert hatte. Lewin glaubt, dass man diesen Zustand eben nur als Erythem bezeichnen dürfe, da die Syphilis überhaupt auch auf anderen Schleimhäuten keine Neigung habe, einen Katarrh hervorzurufen. Der bei Syphilitischen vorkommende Katarrh sei durch die gewöhnlichen Schädlichkeiten erzeugt, und nur zufällig mit Syphilis zusammentreffend. Lewin citirt auch Mackenzie[1]), welcher bei Syphilitischen meist nur Congestion der Kehlkopfschleimhaut beobachtete. Was nun die Häufigkeit dieses Erythems anbelangt, so fand es Mackenzie bei 118 secundär Syphilitischen 51 Mal also in 43%, Berg bei 40 syphilitischen Frauen 10 Mal (25%), Lewin bei 20000 Syphilitischen 400 Mal also 2%, dagegen aber bei 200 Kranken, die er zuletzt mit Fränkel untersuchte, 27 Mal also 13·5%. Diese sehr wechselnden Procentzahlen, welche sogar bei einem so sicheren Beobachter wie Lewin von 2—13 schwanken, erregen den Verdacht, dass es nicht möglich ist, bestimmte Kennzeichen für das syphilitische Erythem anzugeben. Lewin führt als solches zuerst an: Die Eigenthümlichkeit des Farbentones. Es verklingt nämlich nach ihm die anfänglich rosenrothe Färbung der Schleimhaut in das livide, ja in das braunröthliche. (Schinken- oder Kupferfarbe.) Aber wie jeder Laryngoskopiker weiss und es auch besonders Ziemssen[2]) hervorhebt, kommt diese Farbe auch bei gewöhnlichen Katarrhen und Entzündungszuständen besonders chronischer Natur vor, und ausserdem fehlt sie recht oft bei der Röthung der Schleimhaut in Folge von Syphilis. Eine theilweise Abschilferung der Schleimhaut, welches als 2. Kennzeichen von Lewin erwähnt wird, findet sich nicht selten auch bei Katarrhen. Aus dieser Unsicherheit der Kennzeichen des syphilitischen Erythems erklärt es sich, warum wie oben erwähnt, die einzelnen Beobachter so verschiedene Procentzahlen angeben. Bei unseren 164 Kranken fanden wir 30 Mal starke, ausgebreitete Röthung der Kehlkopfschleimhaut ohne oder mit Schwellung und manchmal begleitet von starker Röthung des Rachens, ausserdem aber etwas häufiger geringere

---

[1]) l. c.

[2]) Handbuch der speciellen Pathol. und Therapie. IV. Bd. 1. Hälfte.

Grade der Röthung in allen Abstufungen bis zum normalen, so dass man in vielen Fällen nicht sagen konnte, ob dieser Grad der Röthung schon als Erythem bezeichnet werden müsse. Ein Drittel dieser Fälle von stärkerer Röthung fand sich in der 6.—10. Woche nach der Infection; die übrigen zwei vertheilten sich gleichmässig auf alle anderen Zeiträume. In 7 Fällen war die Röthung mit stärkerer Schwellung verbunden und in 17 mit Erythem des Rachens combinirt.

Jedenfalls ist es sicher, dass Röthung und Schwellung der Kehlkopfschleimhaut auch bei Syphilis vorkommt, aber von einer gewöhnlichen katarrhalischen Röthung nicht sicher unterschieden werden kann. Zwar nimmt sie oft mit den anderen syphilitischen Symptomen zu und ab, doch ist das durchaus nicht als Regel zu betrachten, so dass uns selbst dieses Kriterium täuschen kann. Das einzig sichere Kennzeichen besteht darin, dass sich auf der erythematösen Schleimhaut Papeln entwickeln.

Schliesslich müssen wir noch bemerken, dass wir niemals eine fleckige Röthung sahen, wenn auch nicht so selten ungleichmässige Röthung einzelner Stellen der Schleimhaut. Scharf abgegrenzte rothe Flecke oder Maculae, wie sie Jullien und Fauvel als charakteristisch für Syphilis erklären, konnten wir wie Lewin und die meisten anderen Laryngoskopiker niemals constatiren.

Katarrh.

Dass bei Syphilitischen Katarrhe des Kehlkopfes vorkommen, ist zweifellos; dagegen geben fast alle Autoren zu, dass nicht alle durch Syphilis veranlasst seien, sondern durch andere Schädlichkeiten hervorgerufen werden können.

Lewin läugnet, wie oben erwähnt, das Vorkommen des durch Syphilis veranlassten Katarrhes völlig; einen stricten Gegenbeweis kann man da auch sehr schwer führen, da bekanntlich der syphilitische Kehlkopfkatarrh sich durch keine besonderen Kennzeichen von anderen unterscheidet. Aber der Umstand, dass manche Katarrhe bei Syphilitischen unter einer allgemeinen antisyphilitischen Kur schneller ablaufen, als man es sonst bei solchen Formen zu erwarten geeignet ist, sprechen denn doch für sein Vorkommen. Auch die Thatsache, dass solche Katarrhe oft gleichzeitig mit anderen syphilitischen Symptomen schwinden, fällt ins



Gewicht. Natürlich bleibt noch immer der Einwand, dass nicht die antiluetische Behandlung, sondern das zweckmässige diätetische Verhalten solcher Patienten während der Kur die Heilung des Katarrhes veranlassten. Die anderen Autoren beschreiben alle den syphilitischen Kehlkopfkatarrh. Nach Türck[1]) tritt er langsam auf und führt oft zu oberflächlichen Ulcerationen oder doch Erosionen. Nach Schrötter[2]) kommt er sehr häufig vor, gewöhnlich als subacute oder chronische Form; die Diagnose ist nach beiden nur aus der Anamnese, aus begleitenden Erscheinungen und der Therapie zu machen.

Stoerk[3]) sagt, er biete nichts Besonderes dar; auch sei seine Dauer eine so kurze, dass wegen eines solchen Katarrhs die Kranken selten zur Beobachtung kommen. Tobold[4]) beschreibt ihn unter der Form von leicht recidivirenden acuten Katarrhen.

Wir haben unter unseren Kranken 24 Mal Katarrhe beobachtet; meistens waren sie chronische. Parese der Stimmbänder, zäher, gelblicher, fadenziehender Schleim, gelbe, graugelbliche oder graurothe Verfärbung der Stimmbänder, Verdickungen der Taschenbänder und der Schleimhaut der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand sammt ihrem Epithel waren die häufigsten Erscheinungen; Heiserkeit war meist nur sehr gering.

Acute Katarrhe mit starker Heiserkeit fanden wir 6 Mal. Bei 3 Kranken (16, 18 Wochen und 2 Jahre nach der Infection) traten Röthung, starke Parese und oberflächliche Erosionen der Stimmbänder auf, so dass die freie Kante leicht gezähnelt erschien. Nach 17, respective 14 Tagen waren bei 2 Kranken nach 20 Einreibungen, respective nach dem Gebrauche von Jodoformpillen nicht blos die Heiserkeit, sondern auch die übrigen syphilitischen Symptome, als Papulae am Genitale und Psoriasis palmaris geschwunden. Die dritte Kranke, welche früher auf der Klinik behandelt worden war, entzog sich als Ambulantin der weiteren Beobachtung. Ausserdem boten noch 3 Kranke (2 Männer je 14 und 1 Weib 15 Wochen nach der Infection) die Erscheinungen

[1]) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes. Wien, 1866.

[2]) Grundriss der Syphilis von Prof. Zeissl. 1876. p. 209.

[3]) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes. Stuttgart 1880.

[4]) Lehrbuch der Laryngoskopie. Berlin. 1863.

eines acuten Katarrhes mit Röthung und Parese der Stimmbänder und starker Heiserkeit dar. Sie zeigten gleichzeitig Papeln im Rachen und Psoriasis palmar. und plantar. und wurden durch allgemeine antisyphilitische Behandlung in 3, 4 und 6 Wochen geheilt.

Es schwanden also in diesen 5 Fällen die gleichzeitig mit Papeln im Rachen oder an anderen Körperstellen und mit Psoriasis auftretenden heftigen Katarrhe, welche immer von starker Schleimabsonderung begleitet waren, wieder mit denselben nach einer allgemeinen Behandlung. Will man nun nicht annehmen, dass blos der Aufenthalt in den gleichmässig temperirten Krankenzimmern und der Mangel anderer Schädlichkeiten die Heilung bewirkt habe, so muss man die syphilitische Natur dieser Katarrhe anerkennen.

Bei den übrigen 18 Fällen waren eben nur Erscheinungen alter chronischer Katarrhe zu finden, welche sich auch unter der allgemeinen antiluetischen Behandlung nicht besserten; von einer localen Therapie wurde absichtlich Umgang genommen, obwohl uns bekannt war, dass bei ausgesprochen syphilitischem Kehlkopfleiden die locale Anwendung von Jod oder Aetzmitteln sehr die allgemeine Therapie unterstützt. Es sollte hier eben nur der Einfluss der allgemeinen Therapie als sicherstes Kriterium der syphilitischen Natur der Erkrankung thätig sein.

Nach dem Gesagten scheint es uns, dass die Syphilis, wenn auch selten (in circa 4%), während ihres früheren Stadiums acutere Katarrhe des Kehlkopfes hervorrufen könne, deren specifische Natur man wohl nicht aus dem laryngoskopischen Befunde, aber aus dem gleichzeitigen Auftreten und Verlaufe mit anderen luetischen Veränderungen und der Wirksamkeit der allgemeinen Heilmittel diagnosticiren kann.

Die Schleimpapel oder das breite Condylom (Plaque muqueuse).

Bekanntlich haben sie zuerst Gerhardt und Roth[1]) im Kehlkopfe beschrieben. Sie fanden sie bei 54 Secundärsyphilitischen, (darunter litten 43 an frühzeitigen Formen) 8 Mal (15%) meist

[1]) Virchow's Archiv. Bd. XXI. pag. 7.



bei gleichzeitiger Heiserkeit. Sie stellten sich dar als weissliche und röthliche Zacken am hinteren Ende der ary-epiglottischen Falte, als kleine weissliche Zacken in der Gegend des Processus vocalis, als kleine Hervorragung in der Mitte des Stimmbandes, als stecknadelkopfgrosse Höcker zwischen den Aryknorpeln, als spitze weisse Zacken an dem Rande der Stimmbänder vorstehend und endlich als ziemlich rundlicher linsengrosser Wulst von blasser Farbe und condylomatösem Aussehen in der Mitte der hinteren Rachenwand, also an einem Orte, wo sonst Niemand je Papeln gesehen. Lewin l. c. weist ganz richtig darauf hin, dass viele dieser Formen durchaus nichts Charakteristisches als syphilitische Erscheinungen für sich haben und mit den Papeln an anderen Körperstellen besonders auf den Schleimhäuten keine Uebereinstimmung zeigen, umsomehr da viele von ihnen trotz antiluetischer Kur nicht zurückgingen.

Türck[1]) hat nur in wenigen Fällen Schleimpapeln und ihnen ähnliche Wucherungen im Kehlkopfe gesehen. Sie kommen nach ihm bei Katarrhen und in Umgebung von Geschwüren vor. In 4 Fällen hat er sie zusammen mit Geschwüren beobachtet, als hanfkorn- und darüber grosse Wucherungen 15, 9 und 5 Jahre und 6 Monate nach der Infection.

Man muss dabei unwillkürlich an hypertrophische Schleimhaut oder Narben denken, die doch so häufig neben syphilitischen Geschwüren der späteren Stadien vorkommen.

Schrötter[2]) erklärt die Papeln für selten; „sie finden sich mitunter am freien Rande der Epiglottis, über den Santorinischen Knorpeln, an der rückwärtigen Fläche der Aryknorpel und vielleicht am häufigsten an den aryepiglottischen Falten in Form von länglich rundlichen, meist lichtrothen, linsen- und darüber grossen Wulsten. Ihre Oberfläche ist in der Regel feinkörnig, uneben, da sie des Epithels leicht verlustig gehen, an anderen Stellen aber mit einer dickeren, weisslichen Schichte desselben bedeckt. Ist die Epithelbekleidung vollständig verschwunden, so sieht man aus dem gelblicheitrigen Grunde einzelne rothe Pünktchen hervorragen“. Schrötter gibt auch die Möglichkeit des Vorkommens dieser Ge-

[1]) l. c.
[2]) l. c.

bilde an der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand und an den Stimmbändern, wenn auch nur sehr selten zu.

Stoerk[1]) sagt, dass die Epiglottis, die Lig. aryepiglottica und die hintere Larynxwand oft genug reichliche Papelbildung zeigen. Gewöhnlich sieht man erst bei dem Erscheinen der 2. oder 3. Syphilis-Eruption auf der Haut den bisher intacten Kehlkopf und Rachen mitbetroffen. Die Papel bildet die eigentliche Primär-Affection des Kehlkopfes, da der Katarrh nichts besonders Charakteristisches darbietet.

Papeln an der Epiglottis können Monate lang bestehen ohne bedeutende Störung, in der Interarytänoid - Gegend entstehen jedoch bald Einrisse und dadurch Ulcera. Auf den Stimmbändern entwickeln sich die Papeln in zweierlei Weise, entweder als eine wulst- oder walzenförmige Schwellung der ganzen Chorda oder es entstehen einzelne isolirte Infiltrate, die sich gegenseitig abflachen. Im Allgemeinen sind sie denen des Rachens ähnlich, ulceriren aber viel häufiger.

Ziemssen[2]) beschreibt die Condylome als flache warzenähnliche Papel mit dem dicken, weissgrauen, gelockerten Epithelbeleg ähnlich wie im Munde und Rachen. Sie erscheint 6—10 Wochen nach der Infection.

Auch Kaposi[3]) betont ihre Aehnlichkeit mit denen des Rachens. Neumann[4]) erwähnt nur ihr Vorkommen.

Mackenzie sah sie auf dem Kehldeckel, der Interarytänoidfalte und den wahren Stimmbändern. Es sind glatte, gelbliche Gebilde, rund oder oval, von 3—7 Mm. bis 1 Ctm. Durchmesser. Sie sind wenig geeignet zur Ulceration und verschwinden gewöhnlich schnell ohne Behandlung.

Whistler[5]) sagt: Im Allgemeinen sind die Larynxplaques jenen des weichen Gaumens ähnlich, nur an den Stimmbändern sind sie lineär und von einem netzförmig injicirten Hofe umgeben. Ihr Sitz ist besonders die Epiglottis und die Stimmbänder.

[1]) l. c.

[2]) l. c.

[3]) Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. 1875. III. Lfrg. pag. 179.

[4]) Lehrbuch der Hautkrankheiten 1880.

[5]) Med. Times and Gazette. 28. Sept. 1878.



Krishaber und **Mauriac**[1]) beschreiben sie auch ähnlich und haben sie meist an den Stimmbändern beobachtet; ebenso **Libermann**[1]).

Bouchereau und **Gouguenheim**[1]) führen von ihnen drei Formen an. Sie treten:

1. am häufigsten auf als Plaques muqueuses érosives von mehr weniger unregelmässiger Gestalt. Sie erscheinen besonders auf der Epiglottis, welche zuerst anschwillt und sich röthet. Dann entwickeln sich kleine weissliche oder gelbliche Belege, die bald erodiren und sich in 6 Wochen zurückbilden. An den Stimmbändern sind sie linienartig, grau oder gelblich auf der geschwellten gerötheten Grundsubstanz. Eigentliche Ulcerationen bilden sich nicht. Gewöhnlich ist das ganze Gebilde kaum über die Umgebung erhaben.

2. Plaques typiques circulaires, ganz analog denen an anderen Körperstellen. Sie sind sehr selten und stellen rundliche, weissbelegte Erhabenheiten auf der Epiglottis oder den spindelförmig angeschwollenen Stimmbändern dar.

3. Plaques très excavées. Sie sind sehr selten und treten als ziemlich tiefe Geschwüre auf, so dass es zweifelhaft ist, ob es sich nicht um frühzeitig autgetretene tertiäre Ulcerationen handelt.

B. und G. haben nur 3 Fälle davon gesehen und berufen sich auf **Whistler**, welcher ein ähnliches Geschwür als intermediäres erklärte.

Labus[2]) und **Frua** schildern die Papeln des Kehlkopfes ebenfalls als Epithelverdickungen von weisslicher Farbe oder als ovale Exfoliationen von 2—4 Mm. Durchmesser, besonders an der Epiglottis und den Stimmbändern. Sie sind nach diesen Autoren bei künstlichem Lichte oft nicht zu sehen.

Zawerthal[3]) gibt eine ähnliche Beschreibung.

Nach dem Gesagten beschreiben die meisten Autoren die Papeln des Kehlkopfes als ganz flache, unregelmässige Epithelverdickungen oder Erosionen von graulicher oder weisslicher Farbe und oft von einem gerötheten Hofe umgeben.

---

[1]) Compte rendu du Congrès de Laryngologie. Milan 1880.

[2]) Congrès de Laryngologie. Milan 1880.

[3]) Compte rendu etc. 1880.

Auf den Stimmbändern sind sie auch länglich und überhaupt überall den Papeln im Rachen ganz ähnlich. Nur selten geschieht einer starken Infiltration der Basis dieser Gebilde Erwähnung, so dass dadurch Wülste entstehen, welche hypertrophischen Papeln ähnlich sehen. Ueber die Deutung der spitzen Excrescenzen und stecknadelkopfgrossen Höcker ist nur das zu sagen, dass sie sicher keine Papeln sind, mit denen sie ja auch nichts gemeinsames haben. Am wahrscheinlichsten dürften sie nach Lewin als polypöse Excrescenzen angesehen werden, welche zufällig Syphilitische betrafen.

Mehrere Autoren aber haben das Vorkommen der Papeln im Kehlkopfe bestritten. Dazu gehören Lewin, Sommerbrodt, Waldenburg, Isambert, Fournier.

Waldenburg[1]) behauptet 1872, dass er niemals Excrescenzen von dem charakteristischen Aussehen der Condylomata lata im Kehlkopfe gesehen habe.

Isambert[2]) gibt ihr Vorkommen nur mit der grössten Reserve zu und glaubt, dass der grösste Theil der angeführten Fälle tuberculose Ulcerationen gewesen seien.

Ferras[2]), einer seiner Schüler, hat eine ähnliche Ansicht.

Fournier[2]) in Paris spricht nur von Erosionen im Larynx.

Sommerbrodt[3]) und endlich Lewin[4]) läugneten anfangs beide ihr Vorkommen, geben es aber jetzt nach der neuesten Publication des letzteren zu.

Lewin[5]) beschreibt ihre Entwickelung folgendermassen: „Auf den erythematös gerötheten Stimmbändern sieht man runde, grauweisse, aus verdicktem Epithel bestehende Flecke, die immerhin etwas, aber nur unbedeutend erhaben, sich von der gerötheten Umgebung scharf abheben. Später sinkt das Epithel namentlich in der Mitte ein, um in eine Erosion überzugehen, wobei die geschilderte grauweisse Farbe eine röthliche Nuance annimmt, be-

[1]) Die locale Behandlung der Krankheiten der Athmungsorgane. Berlin 1872.

[2]) Compte rendu du Congrès. Milan 1880. 3. Sitzung.

[3]) Wiener medicinische Presse 1870. pag. 413 u. f.

[4]) Ueber Syphilis-Behandlung mit Sublimat-Injectionen. Berlin 1869.

[5]) l. c.



dingt durch den zu Tage tretenden von seinem Epithel entblössten Papillarkörper".

„Der Sitz dieser Affection ist in den meisten Fällen der freie Rand des Stimmbandes in der Mitte, wo bekanntlich unter der Schleimhaut ein Papillarkörper nachgewiesen ist". „In mehr hervortretender Form habe ich solche Gebilde ein paar Mal an der Ligamenta ary-epiglottica, am freien Rande und auf der oberen Fläche der Epiglottis gesehen, wo ebenfalls Papillen sich befinden, und ebenso auf der Membrana interarytänoidea, wo die Papillen oft zottenförmig hervortreten. Andere Processe können jedoch an letzterer Stelle Condylomata leicht vortäuschen".

Diesen letzteren Umstand hebt auch Schrötter l. c. besonders hervor.

Lewin beschreibt also diesen Process, sowie die meisten der früher angeführten Autoren und betont nur, dass sie sehr selten sind, viel seltener als die meisten annehmen. Dabei scheint er aber zu wenig Rücksicht auf die verschiedene Art der Statistik, die dieselben ihren Beobachtungen zu Grunde legten, genommen zu haben.

Sehen wir nämlich von den Angaben Schrötter's, Stoerk's Ziemssen's ab, welche für diesen Punkt keine genauen Zahlen geben, so theilen sich die übrigen Beobachter in 3 Classen je nach dem Materiale, welches sie untersuchten: Einzelne untersuchten alle Syphilitischen, ohne Rücksicht, ob sie heiser waren, oder über den Kehlkopf klagten. Andere alle Halskranken, darunter auch sehr viele nichtsyphilitische, und endlich die Dritten verwendeten blos diejenigen Syphilitischen zu ihrer Statistik, welche an Heiserkeit oder anderen Halsbeschwerden litten.

Zu den ersten gehören Gouguenheim, Lewin und mit einer kleinen Untersuchungsreihe Mackenzie.

Gouguenheim und Bouchereau fanden unter 275 Syphilitischen circa 50 Mal Plaques muqueuses im Larynx, 37 Mal auf der Epiglottis, 12 Mal auf den Stimmbändern und zwar meist solche von der oberflächlichen Form, welche sie unter dem Namen Plaques érosives bezeichnen, also in 22%.

Lewin und Fränkel sahen sie bei 200 Kranken 5 Mal, also 2·5%.



Auch Mackenzie untersuchte einmal 52 Syphilitische und beobachtete dabei nur in 2 Fällen breite Condylome, also circa in 4%.

Zur 2. Classe der Statistiken sind zu rechnen die von Mackenzie und Labus mit Frua.

Mackenzie fand unter 10000 Halskranken nur 44 Mal Papeln im Kehlkopfe, also in 0·4%.

Labus und Frua unter 1858 Halsleidenden 14 Mal, also in 0·8%.

Diese so geringen Procentzahlen erklären sich daraus, dass unter allen Halskranken nur verhältnissmässig wenige (vide oben) an Syphilis litten.

Nimmt man aber nur solche Syphilitische zur Untersuchung, welche an Halsbeschwerden, als Heiserkeit und Halsschmerzen leiden, so bekommt man natürlich viel grössere Zahlen. So würden die 44 von Mackenzie beobachteten Fälle von Papeln des Larynx auf die Zahl 308 (von den 10000 Halskranken litten nur 308 an Larynxsyphilis) berechnet, 14% ergeben.

Whistler fand bei 170 mit syphilitischem Kehlkopfleiden behafteten Kranken 26 Mal breite Condylome des Larynx, also in 15%, Libermann unter 100 Fällen syphilitischer Laryngitis 19 Mal, also in 19%.

Es stimmen mithin die Angaben dieser Autoren, welche die Papeln des Larynx wesentlich gleich beschreiben, in Rücksicht auf die Verschiedenheit der Statistik ziemlich genau überein.

Nur Gouguenheim und Bouchereau fanden bedeutend grössere Zahlen; wahrscheinlich haben sie schon unbedeutende Erosionen an den Stimmbändern als Papeln gedeutet, und vielleicht wirkte auch der Umstand mit, dass sie ihre Untersuchungen in den ersten 6 Monaten des Jahres vornahmen, so dass ungünstigere Witterungsverhältnisse bei ihren Kranken eine grössere Neigung zu Kehlkopfaffectionen hervorriefen. Jedenfalls aber muss man Lewin beistimmen, dass die Papel im Larynx ein seltenes Vorkommen ist.

Damit stimmen auch die Ergebnisse unserer Untersuchungen überein. Denn unter den 164 mit Frühformen der Syphilis oder deren Recidiven behafteten Kranken fanden wir nur in 5 Fällen Papeln im Kehlkopfe, in 4 oberflächliche offenbar aus ihrem Zer-



falle hervorgegangene Geschwüre und endlich 3 Mal etwas abweichende Veränderungen, welche nach ihrem Verlaufe und ihrer Uebereinstimmung mit den anderen syphilitischen Erscheinungen als specifische angesehen werden mussten.

Was zunächst die typischen ganz denen im Rachen analogen Papeln anlangt, so konnten wir in den 5 Fällen ihre Entstehung und den Verlauf genau beobachten, und so die Diagnose ganz bestimmt machen.

Ihre Form und der Verlauf waren nur nach der Localität verschieden; so sahen wir in 3 Fällen zunächst die Stimmbänder etwas geröthet und geschwellt, dann trat entweder an einer kleinen, halbmondförmigen Stelle oder längs des freien Randes eine weisse Verfärbung mit geringer Dickenzunahme auf. Der freie Rand wurde leicht gezähnelt und später vertieften sich die ins grauliche verfärbten weissen Stellen ganz wenig. Weiterhin verminderte sich die grauliche Verfärbung, es traten in ihr kleine rothe Pünktchen auf und allmählich wurden die graulichen Stellen kleiner und verschwanden völlig. Die Stimmbänder blieben noch eine Zeit lang roth, dann kehrten sie zur Norm zurück. Die Heiserkeit schwand völlig und war von Narben keine Spur zu sehen. Der ganze Process dauerte 3 bis 5 Wochen (v. Fig. 1).

Einmal war die Epiglottis ergriffen. Der freie Rand schwoll an und wurde stark geröthet; es entwickelten sich kleine gelblichweisse Flecken auf demselben, welche nur sehr wenig über das Niveau hervorragten; sie flossen zusammen, ihre Umgebung röthete sich und die Rückbildung erfolgte ebenso wie oben beschrieben (v. Fig. 3).

Endlich bei einem Kranken sahen wir 12 Wochen nach der Infection die Schleimhaut zwischen den Stellknorpeln sich verdicken; dann entstanden auf ihr mehrere bis hirsekorngrosse, weisse Höcker und zwischen ihnen graulich belegte Erosionen. Später ging die weisse Färbung in die grauliche über, die Höcker nahmen ab und nach 4 Wochen war an dieser Stelle nur mehr eine leichte Verdickung zu sehen (v. Fig. 2).

In diesen 5 Fällen waren die Veränderungen und ihr Verlauf im Kehlkopfe gerade so beschaffen, wie bei den Papeln im Munde und im Rachen; es fanden sich auch bei allen solche Gebilde an den Tonsillen oder Mundwinkeln. Die Zeit ihres Auftretens variirte



von 16 Wochen bis 8 Monate nach der Infection. Es waren nämlich 12, 16, 20 Wochen und 5, 6 Monate seit derselben verflossen. Bei den zwei letzteren Fällen handelte es sich um Recidiven.

In anderen 4 Fällen beobachteten wir oberflächliche Ulcerationen an den Stimmbändern und zwischen den Stellknorpeln, und zwar 1 Mal nur an den Stimmbändern, 1 Mal nur an der Interarytänoid-Falte, 1 Mal an den Stimmbändern und zugleich zwischen den Stellknorpeln und 1 Mal endlich war die Ulceration der Stimmbänder begleitet von einer starken ödematösen Schwellung beider Aryknorpel-Ueberzüge. Es waren dies alle recidivirende Formen der Syphilis, 7 bis 18 Monate nach der Infection; bei dreien war schon Psoriasis der Handteller oder Fusssohlen vorhanden und bei allen auch noch Papeln theils im Mundwinkel, theils an den Tonsillen, theils am Genitale. Bei zweien trat Heilung ein, unter allgemeiner antiluetischer Therapie in 6 bis 12 Wochen. Die zwei anderen entzogen sich der Beobachtung. — Wie waren nun diese Ulcerationen entstanden? Einzelne Autoren lassen die syphilitischen Kehlkopfgeschwüre nur aus dem Zerfalle der Gummata hervorgehen, die meisten aber, wie Schnitzler[1]), Sommerbrodt[2]), sowohl aus dem Katarrh entstehen, als durch Zerfall der Follikel oder des papulösen und gummösen Infiltrates sich entwickeln. Lewin[3]) nimmt nur das Letztere an.

Bei unseren Kranken war mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass es sich um zerfallende Papeln im Kehlkopfe handle, da bei allen breite Condylome an anderen Körperstellen vorkamen.

Besonders hervorzuheben ist noch bei einem derselben die starke ödematöse Schwellung der Aryknorpelüberzüge, welche aber nach 6 Wochen gleichzeitig mit den Ulcerationen der Stimmbänder schwand. Um eine Perichondritis handelte es sich hier durchaus nicht, da die Beweglichkeit der Aryknorpel vollständig frei war. Daher mussten wir auch diesen Fall als ulcerirende Papel auffassen, da der Kranke sowohl am Genitale als auch im Munde diphtheritische Papeln hatte und ausserdem nur noch mit Psoriasis plantaris und pal-

---

[1]) Wien. med. Presse. 1868. Nr. 14.

[2]) Wien. med. Presse. 1870. p. 413.

[3]) l. c. p. 21.



maris behaftet war. Von Gummen oder anderen Spätformen fand sich bei ihm, wie überhaupt bei allen unseren Kranken keine Spur.

Ausser diesen oberflächlichen Geschwüren und den typischen Papeln, die wir soeben beschrieben, fanden wir noch bei den folgenden 3 Kranken etwas abweichende, aber doch unzweifelhaft syphilitische Veränderungen im Kehlkopfe.

1. B. Josef, 49 Jahre alt, kam 9 Wochen nach der Infection auf die Klinik mit Sklerosis, Lymphangiot. dorsal. penis, die besonders stark war. Am 26. December 1881 prorumpirte ein maculös-papulöses Syphilid. Am 5. Jänner 1882 untersuchten wir den seit 14 Tagen heiseren Kranken und sahen an beiden Processus vocales ziemlich tiefe, linsengrosse Geschwüre mit rothen, gewulsteten Rändern (v. Fig. 4). Dieselben reinigten sich zwar bald unter 22 Einreibungen bis zum 28. Jänner und späterer Jodkali-Medication, brauchten aber doch zu ihrer Heilung zwei Monate. Die zurückbleibende Verdickung nahm nur langsam ab, so dass sie am 30. März noch zu sehen war.

Merkwürdig war dabei das Entstehen so tiefer Ulcera kurz vor oder doch wenigstens während der Eruption des Exanthems; vielleicht war der schlechte Ernährungszustand des 49jährigen Mannes Schuld daran; übrigens wollen wir auf das etwas vorgeschrittene Alter kein Gewicht legen, da ja Sigmund[1]) geradezu gezeigt hat, dass die in späterem Lebensalter acquirirte Syphilis meist einen gutartigen und leichten Verlauf nimmt und wenig Neigung zur Ulceration zeigt. Die lange Dauer der Heilung lässt sich wohl aus der Tiefe der Ulcera erklären.

2. K. Anna zeigte 11 Wochen nach der Infection Pap. diphther. in Labiis pudendis omnibus et circa anum; Mac. fuscae per totum corp.; Pap. diphther. in tonsillis et phar.; Defluvium capillorum. Heilung der Papeln im Rachen nach 3 Wochen. 15 Wochen nach der Infection bei Eruption neuer Papeln im Rachen auf dem rechten Aryknorpel vorne eine linsengrosse, etwas erhöhte, weiss belegte Stelle. Der Rand röthet sich, die Spitze vertieft sich, es schwindet die weisse Kuppe, und bleibt nach 13 Tagen nur mehr eine leichte röthliche Prominenz zurück, die

[1]) Wien. med. Wochenschrift. 1878. Nr. 21.



auch bald schwindet. Die Deutung dieses Befundes als Papel ist sehr wahrscheinlich. Vide Kaposi [1]). Er sagt daselbst:

„An der Schleimhaut des Velums, der Gaumenbögen und der Tonsillen stellen die Papeln linsen- bis erbsengrosse, flache, convexe, im Centrum erhabene, meist scharf umschriebene, milchweisse oder graulichweisse, wie aufgetropfte Hügelchen dar, die zumeist isolirt stehen, zuweilen aber zu mehreren an einander sich reihen".

„Ebenso", heisst es weiterhin, „sind die Papeln, welche auf der Schleimhaut der Ligamenta ary-epiglottica über den Wrisberg'schen und Santorini'schen Knorpeln vorkommen". Es stimmt also seine Schilderung ganz mit unserem Befunde überein.

3. P. Franz wurde 7 Wochen nach der Infection mit Sklerose auf der Lippe, Papeln eben daselbst, und auf den Mandeln mit blassem, beginnenden maculösen Syphilide auf dem Stamme aufgenommen. Im Kehlkopf acuter Katarrh mit Erosionen des linken Stimmbandes. In 14 Tagen war der Katarrh des Kehlkopfes und die Papeln an den Mandeln abgeheilt. 14 Tage darnach begannen die wieder entstandenen Papeln an den neuerdings angeschwollenen Tonsillen zu zerfallen, und gleichzeitig sah man das rechte Stimmband auf das Dreifache verdickt, spindelförmig angeschwollen und hinter dem Processus vocalis eine rundliche linsengrosse Schwellung. Die beiden Schwellungen sind graulich weiss und nehmen während 4 Wochen allmählich ab, ohne dass es zu einer Erosion gekommen wäre; während derselben Zeit war auch das Exanthem geschwunden, und die Papeln im Rachen verheilt. Als jedoch nach weiteren 14 Tagen wieder neue Papeln an der Unterlippe und den Tonsillen entstanden, schwoll das rechte Stimmband wieder zu einem dicken, jetzt aber sulzig röthlichen Wulst an, welcher auch ohne Ulceration zur Resorption kam.

Das Ab- und Zunehmen der Infiltration des Stimmbandes gleichzeitig mit dem Auftreten und Schwinden der Papeln der Mundschleimhaut musste uns dazu bringen, auch diese Veränderung im Kehlkopfe als syphilitische zu deuten.

---

[1]) Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. 1875. III. Lieferung pag. 179.



Es kam eben in diesem Falle zu einer stärkeren Infiltration in das Gewebe des Stimmbandes. Einen ähnlichen Vorgang als Anfang der Papelbildungen an den Stimmbändern beschreibt ja Stoerk l. c. Vielleicht trug in unserem Falle die Nähe der Sklerose zu dieser stärkeren Affection des Kehlkopfes bei.

Wenigstens äussert auch Sommerbrodt[1]) eine ähnliche Ansicht für eine seiner Beobachtungen. Es war nämlich bei einem Mädchen, welches die Sklerose auf der Oberlippe hatte, 6 Wochen nach der Infection hochgradige Schwellung und Röthung der Taschenbänder aufgetreten, welche aber auf antiluetische Behandlung bald zurückging. S. führt diese heftige und frühzeitige Erkrankung des Kehlkopfes auf die Nähe der Infectionsstelle zurück.

Nach unseren Beobachtungen also können in Uebereinstimmung mit anderen Laryngologen zur Zeit der Frühformen der Syphilis oder ihrer Recidiven im Larynx Veränderungen auftreten, welche entweder die Form von flachen excoriirenden oder wuchernden exulcerirenden Papeln haben oder sich als tiefere Geschwürchen, starke Infiltrate oder kleine Knötchen zeigen. Die 3 letzteren Formen sind sehr selten.

Wir müssen noch ausdrücklich bemerken, dass in allen unseren Fällen Tuberculose sicher auszuschliessen war, und die allgemeine antiluetische Therapie ohne locale Behandlung die Veränderungen prompt beseitigte. Wir wussten wohl, dass die locale Behandlung die Heilung beschleunigen würde, unterliessen sie aber, um den Einfluss der allgemeinen Behandlung nicht zu stören. Was nun die Häufigkeit der specifischen Affection des Kehlkopfes anlangt, so fanden wir sie in 12 Fällen unter 164 Kranken, also in 7·3 %, mithin etwas häufiger als Lewin.

Die Diagnose dürfte wohl in vielen Fällen schon aus dem Spiegelbefunde mit grosser Wahrscheinlichkeit gemacht werden können, namentlich wenn es sich um die rundlichen oder länglichen, weissen, flachen Infiltrate auf den Stimmbändern handelt. Immer aber muss man die Anamnese und das Vorhandensein anderer syphilitischer Erscheinungen zur Sicherung der Diagnose berücksichtigen.

[1]) l. c.



Fig. 1



Fig. 2

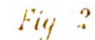




Fig. 3.



Fig. 4.



O Chiari u. Dwořak: Lar. Bef. b. d. Frühform d. Syph.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Andere Veränderungen als die erwähnten konnten wir nicht finden. Bekanntlich hat man in seltenen Fällen in den Kehlköpfen Syphilitischer den spitzen Condylomen ähnliche Excrescenzen gefunden. Zeissl[1]) hat sie 2 Mal, Gilewsky[2]) 1 Mal, Lewin[3]) 2 Mal gesehen. Sie schwanden nicht immer unter antisyphilitischer Behandlung; Lewin hält sie deswegen und nach seinen histologischen Untersuchungen für zufällige Coincidenzen und rechnet sie den polypösen Neubildungen bei.

Schrötter[4]) beschrieb hahnenkammartige, weissliche Wülste an den ary-epiglottischen Bändern, an der Epiglottis und in dem obersten Theile der Trachea. Unter innerlichem Gebrauche von Jodkali und Bepinselungen mit einer Mischung von Jodglycerin und Jodtinctur erfolgte in 14 Tagen beinahe völlige Heilung, so dass in diesem Falle ein Zusammenhang mit Syphilis nicht zu bezweifeln ist.

Wir haben, wie schon erwähnt, dergleichen nicht gesehen, was bei der grossen Seltenheit dieser Gebilde begreiflich ist.

[1]) Lehrbuch der Syphilis. 1875. p. 216.
[2]) Wien. med. Wochenschrift. 1861. Nr. 18.
[3]) Kritische Beiträge. 1881.
[4]) Jahresbericht. 1871. p. 71.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VII.

(Gemalt v. Teuchmann.)

Fig. 1. B. Johann. 6 Monate nach der Infection. Papulae chordarum.
„ 2. P. Johann. 12 Wochen nach der Infection. Papula inter arytänoideas.
„ 3. G. Sophie. 16 Wochen nach der Infection. Papulae epiglottidis.
„ 4. B. Josef. 9 Wochen nach der Infection. Ulcera ad processus vocales.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Dermatologie.

Allgemeine Pathologie und Therapie der Haut.

1. **Doutrelepont.** Ueber die Vertheilung der Efflorescenzen bei Hautkrankheiten. (Sitzungsberichte d. niederrh. Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde, 13. Februar 1882.)
2. **v. Hebra.** Ein Fall von symmetrischem, partiellem, congenitalem Defect der Cutis. (Mitthlgn. des embryolog. Inst. II. Bd. 2. Heft. 1882.)
3. **Schulz.** Worauf begründet sich die therapeutische Bedeutung des Arsens bei Erkrankungen der Haut? (Monatshefte f. prakt. Dermat. Nr. 1. 1882.)
4. **Unna.** Torfmull als dermatologisches Verbandmittel. (Monatshefte f. prakt. Dermatol. Nr. 3. 1882.)
5. **Unna.** Guttaperchapflastermulle. (Monatshefte f. prakt. Dermat. Nr. 1. 1882.)
6. **Unna.** Der medicamentöse Aether- und Alkoholspray. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20 und 21. 1882.)

Doutrelepont handelt (**1**) über die Anordnung und Vertheilung der Efflorescenzen bei Hautkrankheiten, welche häufig eine bestimmte Regelmässigkeit zeigen, deren Ursachen oft nicht nachzuweisen sind, und beschreibt eine vierjährige Patientin, welche eine ganz symmetrische Erkrankung beider Hände und Füsse aufweist. Dieselbe besteht in einer schwielenartigen Wucherung der Epidermis, welche im 2. Lebensjahre der Pat. angefangen hat. An beiden Händen ganz gleichmässig finden sich diese Schwielen an allen Fingerspitzen und nehmen die ganze Fingerkuppe ein. Die Nägel sind normal. Ausserdem ist an beiden Handtellern zwischen den Enden der Ballen des Daumens und des kleinen Fingers am Handgelenk eine ungefähr markgrosse Schwiele. Die Zehenspitzen zeigen dieselben



pathologischen Veränderungen wie die Finger, nur ist an beiden Füssen die zweite Zehe davon befreit. Die dicke Zehe zeigt auch beiderseits Schwielen an den äusseren Flächen. An den Fusssohlen befinden sich wieder ganz symmetrisch, entsprechend den Köpfchen der Metatarsi I und V und am Fersenhöcker ähnlich veränderte, umschriebene Hautstellen. Unter der Epidermiss erscheint die Cutis normal. Wenn auch die Haut an den Fusssohlen gerade an den beim Gehen dem Drucke am meisten ausgesetzten Stellen erkrankt ist, so kann doch nicht dies als Grund der Erkrankung angesehen werden. Das symmetrische Auftreten an Händen und Füssen weist auf eine Ernährungsstörung hin, welche einen centralen Sitz haben muss.

v. Hebra untersuchte (2) die Haut eines Mädchens, welches lebend und reif zur Welt kam, an der übrigens vollkommen gesunden Haut aber zwei röthliche Streifen zeigte, welche sich ziemlich genau symmetrisch von beiden äusseren Augenwinkeln schräg nach hinten oben gegen den Scheitel hin erstreckten. Dieselben waren scharf gegen die gesunde Haut abgesetzt, mit einer dünnen durchscheinenden Membran bedeckt, welche in der Fortsetzung der normalen Oberhaut lag und unter welcher sich der ganzen Länge des Streifens nach eine geringe Menge Flüssigkeit verschieben liess. Das Kind erkrankte an Peritonitis und starb. Die mikroskopische Untersuchung rechtfertigte die Annahme eines Cutisdefectes vollständig. Es fehlten an der Stelle des Streifens der ganze Papillenkörper, sämmtliche epidermoidalen Einsenkungen und daraus entstehenden Drüsen und Haare und das Fettgewebe gänzlich. Das Bindegewebe war succulent, von flüssigkeithaltigen Spalten durchsetzt und von abnorm grossen Blutgefässen durchzogen, welche keine oberflächlichen Aeste zur Bildung eines Papillennetzes abgaben. Die Oberhaut war äusserst verschmächtigt, zeigte aber alle 3 Lagen. Es handelte sich somit um ein Stehenbleiben auf einer früheren Entwicklungsstufe, dessen Anstoss der Vf. wegen der mangelnden Epidermoidalgebilde in den 2. Monat versetzen zu müssen glaubt. In Rücksicht auf die vorgeschrittene Structur der Cutiselemente und Blutgefässe ist jedoch eine Weiterentwickelung anzunehmen, welche aber so langsam statt hatte, dass zur Zeit der Geburt die Cutis etwa das Ansehen wie bei einer 5—6 monatlichen Frucht zeigte. Die Spaltenentwickelung, welche dem Defect fast



das Aussehen eines Blasenexanthems verlieh, bezieht der Verf. auf atrophische Vorgänge in der Cutis.

Den Grund für die Wirkung des Arsens bei Hautkrankheiten findet Schulz (3) in dem höchst eigenthümlichen chemischen Verhalten des genannten Körpers. Das arsenigsaure Salz werde nämlich durch den Zutritt des Sauerstoffes aus der Atmosphäre zu arsensaurem umgewandelt, wenn Factoren vorhanden sind, die den Sauerstoff der Luft aus der molecularen in die atomistische Form überzuführen im Stande sind, mit anderen Worten, die einzelnen Sauerstoffmolecüle spalten, $O + O$ aus O_2 machen. Das vermögen die organischen Bestandtheile der Luft, zumal die in ihr enthaltenen Sporen und Keime der verschiedensten Art, überhaupt wohl jedes lebende Eiweiss, wie man sich durch anderweitige Versuche überzeugt hat.

Ferner ist es nach dem Vf. eine, zumal in der Technik hinreichend bekannte und auch besonders bei der Färberei vielfach benützte Eigenschaft der Arsensäure, einen Theil ihres Sauerstoffs an reducirende Körper abzugeben, so dass arsenige Säure zurückbleibt, also z. B. $K_3 As O_4 - O = K_3 As O_3$. Es verhält sich in dieser Beziehung die Arsensäure, beziehentlich deren Kalisalz, gerade wie das bekannte chlorsaure Kali. Trägt man nun Sorge, dass in der zum Färben bestimmten Lösung des zu oxydirenden Farbstoffes neben der Arsensäure ein dritter Körper vorhanden ist, der auch leicht Sauerstoff abgibt, so reisst die aus der Arsensäure entstandene arsenige Säure denselben zum Theil an sich, bildet wieder Arsensäure, diese gibt an den Farbstoff von neuem Sauerstoff ab, nimmt von dem dritten Körper neuen auf, und so beginnt dieser Vorgang immer wieder von neuem, so lange die dritte sauerstoffspendende Substanz noch im Stande ist, Sauerstoff zu liefern. Daraus folgt, dass man mit verhältnissmässig geringen Mengen Arsensäure bedeutende oxydatorische Effecte erzielen kann, wenn derselben durch Zusatz einer anderen geeigneten Verbindung immer wieder Gelegenheit gegeben wird, aus dem Zustande der arsenigen Säure, in den sie durch Sauerstoffabgabe gelangte, von neuem durch Wiederaufnahme von Sauerstoff in den der Arsensäure übergehen zu können. Mit diesen beiden Thatsachen, dass arsenige Säure unter Umständen sich leicht oxydirt und umgekehrt Arsensäure sich leicht reducirt, haben wir zu rechnen, wenn wir uns ein Bild von der Arsenwirkung im Organismus machen wollen.



Von Binz und dem Verf. wurde ferner der experimentelle Beweis gebracht, dass das lebende Protoplasma der Gewebe des Thierkörpers in ganz bedeutendem Masse die Fähigkeit besitzt, die beiden eben geschilderten Vorgänge der Oxydation und Reduction bei den Arsen-Sauerstoffverbindungen zu vollziehen.

Aus der oben angeführten Schilderung des chemischen Verhaltens der Arsenoxyde und den mit Protoplasma gemachten Versuchen müssen wir nun schliessen, dass das Arsen, als metallisches Arsen gedacht, in der Weise sich verhalte, dass es unter passenden Bedingungen eine intensive Sauerstoffbewegung zwischen sich selbst und seiner Nachbarschaft in Scene zu setzen befähigt sei.

In diesem Verhalten des Arsens liege auch sein hoher therapeutischer Werth für Hautkrankheiten begründet. Die arsenige Säure, welche wir in Form der Pasta arsenicalis auf an Lupus erkrankte Hautstellen bringen, beginnt ihre Thätigkeit, sich auf Unkosten organischen Materials zu oxydiren und zu regeneriren, alsbald an den Lupusknoten selbst, sie findet an deren Substanz, deren das gesunde Gewebe zerstörende Kraft für eine sehr hoch gespannte Lebensthätigkeit deutlich spricht, das geeignete Object zum Angriff. Die Folge davon ist, dass die Elemente der Lupusknoten erliegen, zerfallen, nekrotisiren. Die zumal noch durch die fast unthätige äusserste Epidermisschicht gedeckte Haut würde allerdings, wenn man die Paste nicht rechtzeitig entfernte, schliesslich auch dem Einfluss des Arsens verfallen, man lässt es nur eben nicht so weit kommen, da die kranken Partien viel früher zerstört werden, als ein ernstlicher Angriff auf die gesunde Haut ausgeübt werden kann.

Unna verweist (4) auf die mittelst Torfmullverbandes erzielten und in mancher Hinsicht überraschenden Erfolge, über welche Neuber kürzlich (Mitth. d. Ver. Schlesw.-Holst. Aerzte. 15. März 1882) berichtete, welche auf das ausserordentlich grosse Absorptionsvermögen des Torfmulls für Flüssigkeiten zurückzuführen sind. Die Versuche, welche Verf. seither bei Ekzemen jeglicher Form und Intensität, bei Blaseneruptionen verschiedenen Ursprungs und endlich bei phlegmonösen Schwellungen in der Umgebung von Furunkeln, Panaritien, Fussgeschwüren etc. damit anstellte, seien ausnahmslos sehr günstig ausgefallen. Die Application geschah durch Aufbinden des feingesiebten Rohmaterials auf die nackte Haut oder in Form von Torfpolstern

(Torf in Verbandmull eingenäht), von Torfpflastern (Torf mittelst Gummi auf feste Zeuge geheftet) oder von trockenen Torfvollbädern. Die Abschwellung und Eintrocknung der entzündeten Flächen geht weit rascher vor sich als bei Anwendung der bekannten Streupulver, schmerzt nicht und kann intercurrent mit jeder andern Behandlung verbunden werden (z. B. Salbenmull bei Tage, Torfverband Nachts). Eine andere Contraindication als die Unbequemlichkeit des Aufbindens für manche Körperregionen hat Verf. nicht auffinden können. Der Torf muss vor dem Gebrauche scharf getrocknet werden. Vielleicht wird man noch einfacher diese Erfolge mit den getrockneten Moosen erreichen können, aus welchen dieser Torf sich bildet.

Unna empfiehlt ferner in neuester Zeit (5) Guttaperchapflastermulle, welche eine starke Concentration bei gesteigerter Klebkraft, jedoch gleichzeitig ohne vermehrte Reizung der Haut gestatten und diese neuen Pflastermulle zu manchen Leistungen befähigen, welche man den Pflastern im allgemeinen heute nicht gerade zuzutrauen geneigt ist. Sie sind übrigens, im Gegensatz zu den bisherigen Pflastermullen, nur auf einer Seite „echt", da sie nicht durch die Pflastermasse gezogen, sondern durch Auftragen der Stoffe auf eine klebende, mehr oder weniger undurchlässige Unterlage hergestellt werden; sie sind daher zu allen gewöhnlichen Pflasterzwecken zu verwenden, ausser zu Hodenverbänden bei Epididymitis oder wo sonst eine dicke, mehrschichtige Pflasterkapsel erforderlich ist, wo dann natürlich alle Streifen auf beiden Seiten „echt" sein müssen. Dagegen gewähren die neuen Pflastermulle die Möglichkeit, unsere wirksamsten Stoffe (Hg, J, As), Alkaloide und ätzende Substanzen als Dauerverbände der Haut bequem und sicher zu adaptiren und zwar in einer Stärke, welche für die entsprechenden Stoffe in Salbenform ganz unthunlich wäre.

Das Bestreben, die Anwendung des Jodoforms in der täglichen Praxis bequemer und rationeller zu gestalten, führte denselben Autor auf den Gedanken, das Jodoform in Sprayform zu appliciren (6). Hauptsächlich leitete ihn hiebei die Erwägung, dass die toxischen Eigenschaften des Jodoforms bei dessen Anwendung in Pulverform stärker in den Vordergrund treten, indem das Ueberschreiten des nothwendigen Minimums gar nicht zu vermeiden ist, während durch Verwendung des Jodoforms in ätherischer Lösung ein Mittel an die Hand gegeben ist,



die so wichtige untere Grenze des Jodoformquantums einigermassen genau zu erforschen. Freilich schmerzt eine solche Lösung, auf Wundflächen aufgetragen, ziemlich stark; andererseits dauert aber, wenn der Luftstrom rasch und kräftig genug und der Aether sehr flüchtig ist, der Schmerz kaum eine Secunde und ist auch da ziemlich gelind. Die mannigfachen Vortheile, welche Verf. bei dieser Anwendung des Jodoforms constatirte, legten ihm den weiteren Gedanken nahe, auch andere Medicamente bei deren äusserlicher Verwendung in leicht flüchtigen Lösungen zu zerstäuben, mit einem Worte, den Gedanken des medicamentösen Aether- und Alkoholspray. Nach den Erfahrungen U.'s entspricht derselbe in allen Fällen, wo es sich um schnelle, tiefe und energische Einwirkung eines Medicamentes handelt, am meisten den an ihn gestellten Anforderungen. Er hat den Vortheil der grösseren Sparsamkeit des Medicamentes; der Spray haftet unmittelbar an der bespülten Stelle, weshalb ein Ueberlaufen bei kräftiger Zerstäubung nicht möglich ist; und erlaubt eine längere Anwendung, welcher Vortheil sich besonders bei der Application auf feuchte Gewebe, die durch den fortgesetzten Aetherspray erst trocken zu legen sind, ehe von einer Sättigung mit dem Medicamente die Rede sein kann, sowie dort, wo das letztere in dicker Schichte aufgetragen ist, fühlbar macht; schliesslich hat der Spray vor der Lösung in vielen Fällen den Vortheil einer schmerzstillenden Wirkung voraus, welche durch gleichzeitiges oder intermittirendes Anblasen der behandelten Stelle noch bedeutend erhöht werden kann. Als Indicationen für die Anwendung des Spray haben sich in der Praxis folgende ergeben: 1. Sämmtliche, normaler Weise versteckt liegende Haut- und Schleimhautflächen, wie der äussere Gehörgang, die Nasengänge und Rachenhöhle, die Urethral- und Analschleimhaut, sowie der weibliche Genitaltractus bis zum Uterus. 2. Diejenigen versteckt liegenden Localitäten, welche durch pathologische Processe erst erzeugt wurden, wie Rhagaden jeglicher Art, seien sie die Folgen verdickter Hornschicht (Ekzem, Psoriasis, Syphilis cornea der Handteller, des Lippenrothes), oder natürliche Falten (hinter dem Ohre, zwischen Nasenflügeln und Wange etc.). Weiters der entzündete Nagelfalz bei eingewachsenem Nagel, das geschwürig durchfressene Bändchen der Vorhaut, alle Fistelgänge etc. 3. Solche Schleimhautflächen, welche constant von Flüssigkeit umspült werden, wie die Zunge, Wangenschleimhaut, Tonsillen und hintere Rachenwand. Zur Vornahme der



Zerstäubung construirte sich Verf. einen eigenen Sprayapparat aus Glas. Des Alkohols an Stelle des Aethers bedient sich Verf. hauptsächlich bei sehr feuchten Geweben, wobei er ihn übrigens mit etwas Aether mischt, sowie bei allen jenen Medicamenten, die in Aether nicht löslich sind. Folgende Mittel haben sich in ihrer Anwendung als Spray besonders bewährt: Chrysophansäureätherspray, Chloralhydratätherspray, Jodoformätherspray, Jodquecksilber-Jodkaliumätherspray, Sublimatätherspray, Sublimat-Carbolätherspray, Collodiumspray, Eisenchlorid-Aetheralkoholspray, Arsenik-Sublimat-Alkoholspray und Argentum nitricum-Alkoholspray. Verf. benützte in der Regel Lösungen, die fast, aber nicht vollständig gesättigt waren und spricht hiebei den Wunsch aus, über die Sättigungspunkte des Aethers und Alkohols für die besprochenen Medicamente von Seite der Pharmaceuten etwas genauer instruirt zu werden, als dies bisher geschehen. Schiff.

Einfache Entzündungsprocesse der Haut.

7. **Koller.** Neuere Fälle eines durch einen Getreideschmarotzer verursachten Hautausschlages. (Orvosi Hetilap. 32. — Pester med.-chir. Presse. 36. 1882.)
8. **Fürbringer.** Naphthalin als Antiscabiosum. (Berlin. klin. Wochensch. Nr. 10. 1881.)
9. **Fehleisen.** Ueber die Züchtung der Erysipelcoccen auf künstlichem Nährboden und ihre Uebertragbarkeit auf den Menschen. (Aus den Sitzungsberichten der Würzburger Phys.-med. Gesellschaft 1882.)
10. **Heppel.** Vorläufige Mittheilung über eine neue abortive Behandlung des Erysipels. (Archives of Dermat., Vol. VII, Nr. 2. 1881.)

Koller schildert (7) das Auftreten eines über den Oberkörper sich erstreckenden hochgradigen Juckens bei 26 Arbeitern, nachdem sie etwa eine halbe Stunde lang mit Gerste gefüllte Säcke an das Ufer getragen hatten. Die Gerste wurde auf einen Schleppschiffe aus Kalafat nach Budapest gebracht. Bei Betrachtung der Kranken fanden sich am Hals, Oberkörper, ja sogar an den Schenkeln von entzündeten Hautpartien umgebene mohnkorn- bis hirsegrosse Bläschen und Eiterpusteln vor. Die Erscheinungen an der Haut boten ein Gemisch von



Urticaria, Lichen urticatus und künzlichem Ekzem dar. Manche der Kranken wendeten kalte Bäder an, doch verstärkte sich nur noch das Jucken. Einen solchen Vorgang hat Geber seinerzeit (s. diese Vierteljahrschr. 1. Heft, pag. 116. 1880) beschrieben, in welchem als Ursache des Hautübels kleine Insecten vorgefunden wurden, und so zweifelte Verf. keinen Moment daran, dass es sich in den gegebenen Fällen um eine ähnliche Ursache handle. Das Jucken wurde durch Anwendung einprocentiger Carbolwaschungen und lauer Bäder alsbald behoben. Den Staub der durchreuterten Gerste untersuchte Horváth, Leiter der Phylloxera-Versuchsstation, mikroskopisch, wobei sich in demselben Reste einer Acarusform vorfanden; an der Gerste selbst wurde derselbe Acarus entdeckt, den Robin als die Larve einer Oribatesgattung beschreibt und abzeichnet.

Fürbringer empfiehlt (8) als neues Antiscabiosum besonders seiner Billigkeit wegen das Naphthalin, das von Insectensammlern und Pelzhändlern längst als Arthropodengift, speciell als Schutzmittel gegen Raubinsecten und ihre Brut angewandt wird. Das Mittel, ein Kohlenwasserstoff ($C_{10} H_8$) wird durch Destilliren des Theers in zwei, für den vorliegenden Zweck gleichwerthigen Präparaten gewonnen und von Alkohol, namentlich Aether, flüssigen Oelen und Fetten aufgenommen. Der Erfolg bei 60 Krätzkranken war durchaus befriedigend, und das Mittel in Bezug auf die Milbentödtung, wie auf die Reizlosigkeit keinem anderen nachstehend. Einmal trat leichte, schnell wieder schwindende Albuminurie ohne Hämoglobin- oder Cylinderausscheidung ein. Der intensive, an Phenol erinnernde Geruch wird freilich in der besseren Privatpraxis hinderlich sein. Die Gesammtmenge für den Einzelnen betrug 100—150 Grm. einer 10—12procentigen Lösung in Leinöl. Die Angaben Fischer's (Berl. klin. Woch. 1881, Nr. 48), dass das Naphthalin für putride Ulcerationen ein gutes Desinficiens und Desodorans, wenigstens den Geruch nachhaltiger verdeckend als Carbolsäure sei, werden bestätigt; die Nichtresorption des Mittels aber bestritten. Eine wochenlang mit täglichen Mengen von 5,0—10,0 Naphthalin in öliger Lösung behandelte Psoriasiskranke wurde von progressiver, zuletzt zweifellos nephritischer Albuminurie befallen, die erst nach Aussetzen des Mittels schwand. Vf. räth daher zur Vorsicht beim Aufstreuen des Mittels auf grössere Ulcerationsflächen oder Wunden. Caspary.

Fehleisen hatte in den Sitzungsberichten der Würzburger phys.-med. Gesellschaft vom August 1881 (siehe diese Vierteljahrschr. pag. 110, 1882) eine Beschreibung der bei Erysipel regelmässig in den Lymphgefässen der erkrankten Hautpartie nachzuweisenden Mikrococcen gegeben und fand Gelegenheit, weitere 11 Fälle zu untersuchen (9), welche seine damals gemachten Angaben bestätigen und vervollständigen. Um den exacten Beweis zu liefern, dass diese Mikrococcen wirklich die Ursache des Erysipels sind, war es nothwendig, dieselben ausserhalb des menschlichen Körpers zu züchten und Uebertragungsversuche mit denselben anzustellen. Es gelang dem Verf., den Mikrococcus des Erysipels auf Koch'scher Fleischinfus-Pepton-Gelatine zu züchten, indem er aus der sorgfältig erst mit Aether und dann mit Sublimatlösung gereinigten Haut an der Peripherie des Rothlaufs kleine Stückchen excidirte und mit ihnen die Gelatinegläser beschickte. Die Coccen bildeten einen weisslichen, dichten Rasen um das eingebrachte Hautstückchen her; beim Weiterimpfen mit der Platinanadel entsteht auf der Oberfläche der Gelatine rings um den Einstich ein zartes dünnes Häutchen, während der Stichkanal selbst mit einem dichten weisslichen Belag ausgekleidet erscheint. Die Colonien wachsen übrigens ziemlich langsam und stehen wenigstens bei Zimmertemperatur bald im Wachsthum stille. Untersucht man die Cultur mikroskopisch, so findet man die charakteristischen Coccen.

Um diese Zeit lag auf der Klinik von Rinecker eine 58jährige Frau mit multiplen Fibrosarcomen der Haut. In der linken Regio glutaea war im Laufe der letzten Jahre ein Conglomerat von confluirenden Geschwulstknoten entstanden, so dass die Haut sackartig herabhing und einen Tumor von solchem Umfang und Gewicht bildete, dass die Kranke im Aufrechtstehen und Gehen hochgradig behindert war. Auf diesen Tumor wurde nun mit Erlaubniss von Rinecker's, der die Wirkung des Erysipels auf Geschwülste su studiren wünschte, eine vorher mikroskopisch auf ihre Reinheit untersuchte Cultur vierter Generation mittelst einer Impflancette geimpft, und zwar wurden fünf oberflächliche nicht oder kaum blutende Einstiche gemacht. Die Temperatur der Kranken war in den letzten Wochen stets normal gewesen. Die Impfung wurde Mittags 3 Uhr vorgenommen. Abendtemperatur 37,7. Am andern Morgen war die Temperatur 37,5; gegen 10 Uhr Morgens trat leichtes Frösteln ein, die Kranke klagte den ganzen Tag über Kopfweh und hatte weniger Appetit als sonst. Abends stieg die



Temperatur auf 38,8. Am 3. Tage war die Temperatur Morgens 37,2, Abends 37,8; die Kranke befand sich wohl. In der Nacht schlief P. anfangs gut, Morgens 4 Uhr trat aber ein Schüttelfrost auf und am Morgen des 4. Tages bemerkte man eine halbhandgrosse, scharf begrenzte, leicht erhabene Röthung, ein typisches Erysipelas marginatum. Temp. 40,5. Im Laufe des Tages schob sich der Rand über 2 Ctm. vor, die Temperatur stieg Abends auf 40,6. Am 5. Tage rasche Ausbreitung der Rose nach allen Seiten, Temperatur Morgens 39,8, Abends 41,0. Am 6. Tage fiel die Temperatur Morgens auf 38,7 ab, stieg aber bis Abends 6 Uhr auf 41,1 an. Gegen 10 Uhr bedrohlicher Collaps, der sich jedoch auf Aetherinjection und nach innerlicher Darreichung von Campher rasch wieder hob. Am 7. Tage bedeckte das Erysipel eine Fläche von mehr als einem Quadratfuss, seine Grenzen waren meist noch scharfe, in seiner nächsten Umgebung sah man mehrere kleinere rothe Flecken mit gezackten Rändern inselförmig zerstreut. Die Temperatur erreichte an diesem Tage ihren Höhepunkt, 41,6. In den nächsten 3 Tagen ging das Erysipel nur langsam weiter, die Temperatur schwankte zwischen 39,2 und 40,6. Am 11. Tage waren die Grenzen der Röthung weniger scharf, Temperatur Morgens 38,7. Abends 40,0. In den folgenden Tagen wurde die Röthe immer blässer, die Temperatur betrug am 12. Tage Morgens 38,8, Abends 39,3; am 13. Tage Morgens 38,0, Abends 40,0, am 14. Tage Morgens 37,6, Abends 38,4, vom 15. Tage an blieb sie normal.

Was die Wirkung des Rothlaufs auf die Geschwulst betrifft, so waren die kleineren oberflächlich gelegenen Knoten schon in den ersten Tagen weicher geworden, dann trat eine Schrumpfung ein, und einzelne derselben schienen sich vollständig zurückgebildet zu haben. Die Hauptmasse der Geschwulst aber schwoll unter dem Einflusse des Rothlaufs erheblich an und nahm an Gewicht merklich zu, nach Ablauf des Erysipels trat eine theilweise Rückbildung ein, wie weit dieselbe gehen wird und ob sie von Dauer sein wird, liess sich noch nicht bestimmen. Damit hält der Vf. den Nachweis erbracht, dass das Erysipel eine Bacterienkrankheit ist.

Das Erysipel lässt sich übrigens nach F. auch auf Kaninchen übertragen. Am geeignetsten für die Impfung ist das Ohr, es entwickelt sich nach der Impfung mit der Reincultur ziemlich regelmässig nach etwa 36 bis 48 Stunden eine scharf begrenzte Röthung, die sowohl bei auffallendem als ganz besonders bei durchfallendem Licht sehr deutlich her-



vortritt. Gleichzeitig tritt ein Ansteigen der Temperatur um 1,0 bis 1,5 C. ein; die Röthung wandert nach der Ohrwurzel hin und geht auf Kopf und Nacken weiter, wo ihre Grenzen aber nicht mehr mit der Sicherheit verfolgt werden können, wie am Ohre. Der ganze Process dauert beim Kaninchen etwa 6—10 Tage und hat in sämmtlichen Fällen (bis jetzt 8) mit vollständiger restitutio ad integrum geendet. Blasen oder Abscess-Bildung hat der Vf. nicht beobachtet; ebensowenig ist eines der Versuchsthiere zu Grunde gegangen. Die mikroskopische Untersuchung ergibt beim Kaninchen ganz analoge Resultate wie beim Menschen.

Heppel (**10**) berichtet über die vorzüglichen Erfolge, welche in 7 Fällen von Erysipelas folgendes Verfahren, eine Modification der bekannten Hüter'schen Carbol-Injectionen, mit sich brachte: Entsprechend der Grenze des Processes wird die Haut 2 Finger breit mit einer 10percentigen alkoholischen Carbollösung bestrichen, bis eine deutliche Verfärbung eintritt. Der Localeffect wurde in allen Fällen angenehm empfunden und dem Fortschreiten des Processes stets Einhalt geboten. Ekzem trat niemals auf. Für rasch fortschreitende schwere Erysipele verspricht Verf. sich nicht die gleiche Wirkung, meint aber, dass diese schweren Formen stets aus leichten hervorgehen und im Anfangsstadium durch zeitige Anwendung des Verfahrens aufzuhalten wären.

Angioneurotische Dermatosen.

11. **Neumann**. Ueber die histologischen Veränderungen der Haut bei Morbillen und Scarlatina. (Wiener mediz. Jahrb. 2. Heft. 1882.)
12. **Henoch**. Zur Pathologie der Masern. (Berlin. klin. Woch. Nr. 13. 1882.)
13. **Quincke**. Ueber einfache Scharlachwassersucht. (Berl. klin. Woch. Nr. 27. 1882.)
14. **Herzog**. Ein Fall von Morbilli-Scarlatina. (Berlin. klin. Wochensch. Nr. 7. 1882.)
15. **Wolberg**. Ein Fall von Scarlatina-Variola. (Berl. klin. Woch. Nr. 37. 1882.)





16. **Boerner.** Ueber das Vorkommen der Pocken in den ersten Quartalen des Jahres 1881, mit einigen Bemerkungen über die Vaccination. (Deutsche med. Wchschr. Nr. 49. 1881.)
17. **Huttmann.** Ueber die Pockenerkrankungen in Berlin im Jahre 1881, nach Beobachtungen im städtischen Barakenlazareth. (Berl. klin. Woch. Nr. 18. 1882.)
18. **Keesbacher.** Ueber den sogenannten epidemischen Friesel, Morbus miliaris. (Memorabilien 3. 1882.)
19. **Rasori.** Ein Fall von diffuser Idrosadenitis, hervorgerufen durch den Gebrauch von Pilocarpin. Vortrag gehalten auf dem intern. med. Congress in London. (Reports of the Intern. Med. Congr. Art. XI. 1881.)
20. **Bruzelius.** Ueber Erythema uraemicum. (Nordiskt medicinskt Arkiv Nr. 4. 1881.)
21. **Pick.** Ueber Urticaria perstans. (Prager Zeitschr. f. Heilk. II. Bd. 1881.)
22. **Lewinski.** Ueber Urticaria pigmentosa. (Virchow's Archiv, Bd. LXXXVIII, Heft 3. 1882.)

In einer Untersuchung über die Anatomie der Haut bei Masern und Scharlach (**11**) betont Neumann nach Hervorhebung des Umstandes, dass er nur wenige Fälle untersuchen konnte, dass die pathologischen Veränderungen bei Masern sich fast ausschliesslich auf die Hautdrüsen und die Blutgefässe beschränken. An der Gefässwandung, vorwiegend in dem oberen Theile der Cutis findet man Rundzellenwucherungen, welche in dichtgedrängten Lagen auch die Gefässschlinge bis in die Papillen begleiten. Die Gefässe selbst sind erweitert, hyperämisch.

Die Schweissdrüsen sind vergrössert und zeigen an ihrer Wandung sowohl im Drüsenknäuel als auch am Ausführungsgange dichtgelagerte Rundzellen, während das sie begrenzende Cutisgewebe frei von Wucherungen bleibt. (?A.) Diese Proliferationen liegen jedoch stets an der Aussenseite der Wandungen, nie innerhalb derselben. Auch die Talgdrüsen sind in gleicher Weise verändert. Der Haarbalg zeigt kolbenförmige Ausbuchtungen, welche genau der Insertionsstelle des Arrector pili entsprechen, daher nur durch Contraction des Muskels entstanden sein können. Jene Muskeln selbst enthalten zwischen den Muskelzellen zerstreut Rundzellen, sind somit an dem



Entzündungsprocesse mitbetheiligt. In gleicher Weise wie die Schweissdrüsen ist auch der Haarbalg in seiner ganzen Ausdehnung in Rundzellenwucherungen eingeschlossen, die in den unteren Theilen in grösserer Menge angehäuft sind, als in den oberen.

Bei Scharlach fand Verf. die Retezellen geschwellt, namentlich deren Kerne. In den unteren Lagen (der Stachelzellenschicht) sind in vielen Präparaten die Zellen in die Länge gezogen, zumeist spindelförmig ausgedehnt, bilden stellenweise Lücken und Fachwerke, wenn auch in geringerem Grade als bei Variola, in welchen Exsudatzellen eingelagert erscheinen. An vielen Stellen können selbst umschriebene Blutextravasate gefunden werden, durch welche die Retezellen ganz auseinander gedrängt werden. Reichliche Anhäufung von Exsudatzellen, die bis an die Hornschicht reichen, ja stellenweise letztere ganz verdrängen, daher auf freier Oberfläche der Haut erscheinen. Um den Ausführungsgang der Hautfollikel finden sich dieselben namentlich dicht gedrängt an deren Wandung. Das Cutisgewebe selbst ist geschwellt, die Cutisbündel verdickt, stellenweise auseinandergedrängt und zwar vorwiegend durch Wucherungen, stellenweise jedoch durch enorm grosse Gefässe, welche ampullenartig erweitert sind und in vergrösserten Papillen nicht mehr deutlich als Schlingen unterschieden werden können; dieselben sind gefüllt.

Verf. glaubt aus dem Befunde bei beiden Krankheiten Folgendes schliessen zu dürfen: Bei Morbillen dürften die durch das Contagium in die Haut gesetzten pathologischen Produkte vorwiegend die Blutgefässe und Drüsen afficiren, da das Cutisgewebe selbst gleichwie die Epidermis keine wesentlichen Veränderungen zeigen und auch die Impfungen von Epidermismassen Morbillöser stets misslangen, dagegen mit Blut, Thränen, Nasenschleim, Speichel, positive Erfolge erzielt wurden. Durch den Sitz der abgelagerten Krankheitsprodukte unterscheiden sich somit die Masern von Blattern und Scharlach, indem gerade die Krusten und Schuppen der letzteren, auf Gesunde übertragen, die Erkrankung des Individuums zur Folge haben. Verf. glaubt nun, dass der inficirende Stoff, welcher Natur er immer sein mag, gerade durch die Gefässe und Follikel aus den Gefässen nach aussen zu dringen sucht und hiebei das so scharf begrenzte Masernexanthem zu erzeugen vermag. Die Knötchen würden somit den geschwellten und entzündeten Haarbälgen, die Röthung den injicirten Gefässen und deren Wucherungen entsprechen. Es entstünde dieses Exanthem analog



jenen Hautausschlägen, die nach Einverleibung einzelner Arzneien wie Jod, Brom, Balsamus copaivae, Chinin, von den Follikeln aus ihre Entwicklung nehmen.

Henoch berichtet (12) über einen, von hämorrhagischen und bullösen Eruptionen gefolgten, durch Pneumonie lethal verlaufenden Fall von Masern. Bei dem früher gesunden 4jährigen Mädchen fand nach Vollendung der Eruption am Abende des 2. Tages kein Temperaturabfall statt; am 3. Tage begann fast über den ganzen Körper die Entwicklung von Blasen sehr verschiedener Grösse. So waren am 4. Tage beide Wangen, beide Handrücken von je einer einzigen Blase eingenommen, die mit einem gelblichen Serum schlaff gefüllt war. Diese Blasen schossen theils auf dunkelrothen, hämorrhagisch erscheinenden Flecken auf, theils auf masernfreien Hautstellen. Die ganze zwischen den Blasen liegende Haut war an vielen Stellen confluirend roth geworden, das Gesicht stark gedunsen, die Augenlider wegen Schwellung nicht zu öffnen; die Schwellung der mit Borken belegten Lippen und der Wangen so stark, dass die Mundhöhlenschleimhaut nicht zu besichtigen war. Am 4. und 5. Krankheitstage bot das Kind ein höchst beunruhigendes Bild dar, das nach Verf. am besten einem über den ganzen Körper verbreiteten Erysipelas bullosum oder einem ausserordentlich entwickelten Pemphigus acutus zu vergleichen war. Am 5. Tage, nach Beendigung der Blaseneruption liess das Fieber erheblich nach, stieg aber am 7. Tage wieder über 40° in Folge einer fibrösen Pneumonie des rechten Unterlappens, die am nächsten Tage den Tod des Kindes herbeiführte. Section konnte nicht gemacht werden.

Analoge Fälle hat H. von Klüpfel, der zwei Kinder und deren Mutter so erkranken sah, von Steiner, der vier Geschwister mit solchem Exanthem beobachtete, darunter einen Fall mit lethalem Ausgang durch Pneumonie; endlich von Löschner einen Fall, der ebenfalls durch Pneumonie tödtlich endete, beschrieben gefunden, Verf. theilt die Ansicht Steiner's nicht, dass es sich um eine normale Exsudationsäusserung der Morbillen handle. Dagegen spreche, dass in seinem eigenen, wie in Steiner's Fällen die Blasen nicht nur auf den Masernflecken, sondern auch dazwischen auf ganz unveränderter Haut aufschossen; dass ferner in einem Falle Steiner's die Blasen schon vor der Eruption der Masern zum Vorschein kamen; dass endlich



Nachschübe der Blasen auch nach dem Verblassen des Exanthems beobachtet sind, einmal sogar bis zum 13. Tage. Verf. glaubt eine Complication mit Pemphigus acutus annehmen zu müssen, zumal die Krankheit in den Fällen von Klüpfel und Steiner gerade mehrere Geschwister befiel. Dieser Umstand beweise, dass eine Uebertragung stattgefunden, was mit der Annahme einer normalen Exsudationsäusserung nicht vereinbar sei; es wäre dabei nicht erklärlich, warum gerade diese Kinder sämmtlich von derselben abnormen Morbillenform befallen seien. Dagegen sei Pemphigus acutus bekanntlich bei Kindern in contagiöser Form beobachtet worden. Caspary.

Quincke hat in einer jüngst in Kiel herrschenden Scharlachepidemie 3 Fälle von Hydrops ohne Albuminurie beobachtet (**13**). Die Kranken waren 3 Brüder (4—11 Jahre alt), einer ärmlichen Familie angehörig und kamen erst nach abgelaufenem Exanthem wegen der Wassersucht in das Krankenhaus. Krankheitsbild und Verlauf der 3 Fälle war fast identisch; der Hydrops trat erst 3—4 Wochen nach dem Ausbruche des Exanthems auf und bestand 2—4 Wochen. Spuren von Eiweiss wurden in zwei Fällen am ersten Tage constatirt. Da aber alle einer Krätzkur mit balsamischen Mitteln unterworfen waren, da der eine (der Eiweissproducenten) etwas fieberte und alle elend und schlecht genährt waren, so ist daraus um so weniger auf eine Nephritis zu schliessen, als weiterhin nie mehr ein Zeichen derselben im Harne nachzuweisen war. Qu. weist darauf hin, dass der Hydrops gegenüber der Nephritis scarlatinosa eine gewisse Unabhängigkeit, oft sogar ein Missverhältniss zeigt, indem manchmal bei erheblicher Albuminurie geringer Hydrops und oft starker Hydrops trotz geringfügiger Albuminurie und reichlicher Harnabsonderung bestehe. Auch seien ohne nachweisbaren ärztlichen Grund oft einzelne Theile besonders stark hydropisch, namentlich Gesicht und Scrotum, auch Ascites scheine häufig vorzukommen, sogar ohne Anasarca. Verf. folgert daraus, dass durch die Scharlachinfection, sowie die Nieren entzündlich gereizt, so auch in anderen Körpertheilen, besonders dem Unterhautzellgewebe, Veränderungen gesetzt werden können. In seltenen Fällen finde nur eines von beiden statt und so entstehe nur Hydrops ohne Albuminurie oder nur nephritische Albuminurie mit geringfügigem Hydrops. Welcher Art nun diese Veränderungen im Unterhautzellgewebe seien, darüber liessen sich nur Vermuthungen aufstellen.

Ausser „hydropischer Thätigkeit der Capillaren (Miller)“, „Functionsstörung der Gefässe (Cohnheim und Lichtheim)“, „Lymphstauung durch Verlegung von Lymphbahnen durch das Scharlachgift (Leichtenstern)“ könne auch eine primäre Veränderung des Unterhautzellgewebes selbst supponirt werden, so dass die stärkere Durchtränkung desselben nicht so sehr durch vermehrte Ausschwitzung von den Gefässen, als vielmehr durch verstärkte Aufsaugung der Flüssigkeit von Seiten des Zellgewebes entstehen würde. — Uebrigens weist Qu. selbst darauf hin, dass in seinen 3 Fällen der ungünstige Ernährungsstand der Kinder mitgewirkt haben mag, vielleicht auch die gleichzeitige Hautreizung durch Scabies. Caspary.

Herzog (14) hat einen Fall von gleichzeitigem Auftreten von Masern und Scharlach genau beobachten können. Ein achtjähriger Knabe war unter leichten katarrhalischen Erscheinungen der Luftwege und der Conjunctiva an Masern erkrankt; Gesicht, Stirn, Hals und Brust, weniger der Rücken und die untere Hälfte des Stammes zeigten die charakteristischen Flecken und Knötchen. Am 4. Krankheitstage begann das Exanthem abzublassen und war Normaltemperatur constatirt. Am Abend desselben Tages trat mit plötzlicher permanenter Temperatursteigerung und Milzschwellung eine heftige Angina auf und am folgenden Tage erschien am unteren Theile des Bauches, in den Inguinalgegenden, am Scrotum und den Schenkeldreiecken ein scharlachartiges Exanthem, auf dem sich alsbald eine Miliareruption zeigte. Während am 6. Krankheitstage eine kleienförmige Abschuppung der Haut im Gesichte, am Nacken und am Halse auftrat, breitete sich das Scharlachexanthem noch weiter über den Oberschenkel, über die Arme bis zu den Handwurzelgelenken, über die Schultern und theilweise über den Rücken aus; es kam zu einer Stomatitis aphthosa, die in eine Stomatitis ulcerosa überging. Während so der sehr heftige entzündliche Process in Mund und Rachen sich weiter entwickelte, und dann allmählich in Häutung überging, blasste das Scharlachexanthem ab und begann an diesen Stellen eine lamellöse Abschuppung, welche die kleienförmige überdauerte. — Die verzeichnete Temperaturcurve entspricht völlig den Angaben von Thomas, Fleischmann u. A.: allmäliges Aufsteigen zur Maximaltemperatur bei Masern mit ziemlich rapider Defervescenz; dann steiles Ansteigen der Scharlachcurven mit langsamer Entfieberung. Caspary.



Wir referiren mit den Schlussworten von Wolberg (15), dass während des Desquamationsstadiums des Scharlachs ein (5 Jahre altes) Kind mit Variolagift angesteckt wurde und dass die Eruption der Variola gleichzeitig mit der Desquamation des Scharlachs verlief, was das seltene Bild von Pusteln, die mit Epidermisschüppchen bedeckt waren, veranlasste. Die Daten waren folgende: 10. September (1881) Scharlachexanthem; am 13. ulceröse Angina; am 20. September kommt auf denselben Saal (des Warschauer Bensohn-Baumann'schen Kinderspitals) ein an Variola leidendes Kind; am 24. Fussödem und Eiweiss im Harne unserer Kranken; am 27. beginnt die Desquamation; am 5. October Frösteln des Variolaexanthems, welches am 15. October den Tod der Pat. zur Folge hat. — Angeblich geimpft, wies das Kind keine Narben am Oberarme auf, während ein Bruder desselben, zu gleicher Zeit und mit gleichem Krankheitszustand aufgenommen, Impfnarben am Oberarm trug, von Variola frei blieb und genas.

Caspary.

Nach einem in der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege am 21. Juni 1881 gehaltenen Vortrage von Boerner (16) haben auch in den ersten Vierteljahren des Jahres 1881 die Pockenherde fortbestanden, die Verf. für das Jahr 1880 charakterisirte, Wien, Prag, St. Petersburg, Galizien und Polen auf der einen, London und Paris auf der anderen Seite.

Wahrscheinlich von London aus sind die Pocken nach Amerika verschleppt worden und haben dort zwei neue Herde gebildet, Philadelphia und New-York mit beträchtlicher Sterblichkeit.

Um einen Gesammtüberblick zu gewinnen und zu beweisen, wie sehr Deutschland der Einschleppung von Pocken ausgesetzt ist, überall aber die dadurch entstandenen Herde sich eng begrenzen und wieder erlöschen, hat Verf. folgende Tabelle zusammengestellt:



Die Pockensterblichkeit in den drei ersten Quartalen des Jahres 1881.

	Erstes Quartal	Zweites Quartal	Drittes Quartal	Anmerkung
London	617	1018	416	Vereinzelte Pockentodesfälle während der 3 Quartale in Dublin, Manchester, Birmingham, Basel, Genf, Nancy, Kopenhagen, Christiania, Valencia, Sevilla, Murcia, Brooklyn, Baltimore, Cincinnati, Glasgow, Bradford, Newcastle, Neapel, Mailand, Genua, Lissabon, Sevilla, Buenos-Ayres, Bern, Bremen, Dresden, Metz.
Liverpool	1	18	12	
Paris	379	316	221	
Lyon	173	101	13	
Marseille	40	21	13	
Havre	59	108	45	
Lille	72	125	71	
Bordeaux	33	56	2	
Reims	1	40	2	
Bruxelles	4	7	1	
Chaux de Fonds	33	10	0	
Madrid	145	89	?	
Malaga	58	11	2	
Saragossa	18	64	140	
Philadelphia	614	369	162	
New-York	94	196	?	
San Francisco	21	23	?	
Havana	—	633	?	
Rio de Janeiro	21	7	?	
Wien	315	243	137	
Budapest	137	101	65	
Prag	53	16	4	
Triest	18	5	0	
Krakau	31	23	12	
Lemberg	6	26	?	
Bucarest	11	6	?	
Venedig	17	6	?	
Rom	88	16	?	
Turin	11	3	?	
Livorno	37	18	?	
Alexandrien	24	27	?	
Petersburg	36	70	58	
Warschau	25	?	?	
Odessa	9	7	1	
Königsberg	34	27	6	
Breslau	2	1	0	
Berlin	10	34	3	
München	10	14	0	
Aachen	21	34	8	
Hamburg	0	3	7	

Auch für Hamburg hat Med.-R. Kraus übrigens constatirt, dass die Pocken dort immer eingeschleppt werden. Es kommt dort aber nie auch nur zu kleinen Epidemien, sondern die Erkrankungen und Todesfälle treten nur vereinzelt auf. Kraus sagt, dass er keinen Zweifel hege, dass man diese Immunität auf die Durchführung der Zwangsimpfung zurückführen könne. Dieselbe Ansicht äussert Bockendahl in einem Jahresbericht über Schleswig-Holstein und Medicinalrath Pistor, der in seinem letzten Jahresberichte 1875 (noch vor der Wirksamkeit des Impfgesetzes) schrieb, dass nach seinen Erfahrungen bei Pockenepidemien sich herausgestellt habe, dass die Nichtgeimpften in überaus grösserem Masse in Anspruch genommen wurden, schliesst sich ihr ebenfalls an.

Die Epidemie in London hat Gelegenheit gegeben zu einem sogenannten Blaubuche des Local government board, und der erste Arzt dieses Amtes Dr. Buchanan veröffentlicht eine Statistik über die Londoner Verhältnisse, die unter zweckmässigen Gesichtspunkten ausgeführt und, da es sich um eine grosse Zahl von Fällen handelt, von ausserordentlichem Interesse sind. Es ist die erste statistische Untersuchung in so grossem Masstabe, die wir in dieser Beziehung haben. Noch nicht lange nämlich ist das statistische Amt in England dahin geführt worden, bei der Registrirung der Pockentodesfälle darauf Rücksicht zu nehmen, ob Impfung vorher stattgefunden hat. Die Erstimpfung in England ist seit längerer Zeit obligatorisch, die Wiederimpfung ist es nicht. Die Kunstgriffe der meisten Statistiker, die auf der Seite der Impfgegner stehen, bestehen nun darin, dass sie Alles miteinander vermischen, und nur die Zahl der Pockentodesfälle überhaupt bringen und keine Rücksicht darauf nehmen, ob der betreffende Pockentodesfall so lange nach der Vaccination eintrat, dass von einer Nachwirkung derselben nicht mehr die Rede sein konnte. Bei Buchanan handelt es sich um ein ganzes Jahr von 52 Wochen, selbst in London hat freilich nur in $^2/_3$ der Fälle constatirt werden können, ob Impfung stattgefunden hat, oder nicht. Bei $^1/_3$ der Fälle ist gar nichts darüber gesagt, und B. ist so vorgegangen, dass er annahm, das Verhältniss bei diesem $^1/_3$ sei kein anderes als bei jenen zwei Dritteln. Es starben an den Pocken in den 52 Berichtswochen 1532, unter denen die Impfung bei 325, Nichtimpfung bei 637 constatirt war, während bei 570 jeder Nachweis fehlte. Es befinden sich nach B.'s Schätzung in London 3620000 Geimpfte gegen 190000 Nichtgeimpfte;



hiernach sind von Geimpften an den Pocken gestorben 90 pro Million, von nicht Geimpften 3350 pro Million. Von den Verstorbenen befanden sich 874 Personen im Alter von unter 20 Jahren. Von diesen starben 94, bei denen Impfung, 475, bei denen Nichtimpfung constatirt war. Bei 305 war nichts constatirt. Von Personen unter 20 Jahren gehören in London den Geimpften an 1335000, den nicht Geimpften 105000; von den Geimpften dieser Altersclasse sind also 61 pro Million, von den nicht Geimpften 4520 pro Million gestorben. Kinder unter 5 Jahren zählt B. in London 469000 geimpfte, 41000 nicht geimpfte, incl. der erfolglos geimpften, solcher über die der Bericht fehlt, der neu zugezogenen und der unter 3 Monate alten. Es starben 19 von den geimpften, 284 von den nicht geimpften Kindern, also von den ersteren 40,5 pr. M. von den letzteren 5950 p. M.

Vf. schliesst daraus, dass die Vaccination durchweg die Pocken-Gefahr verringert. Sie ist kein absoluter Schutz. Ihr Schutz ist aber am grössten bei Individuen unter 5 Jahren und sinkt dann weiter und weiter. Die Londoner können die Gefahr des Pockentodes für Kinder durch die Impfung von 146 auf 1 vermindern, bei bis 20 Jahre alten Personen von 74 auf 1. Freilich vermindert sich der Schutz später noch mehr, aber bei allen Classen ist der Vortheil noch immer so gross, dass eine Verminderung der Gefahr von 37:1 durch die Impfung erreicht wird.

Vf. ist natürlich der Ansicht, dass die Revaccination absolut nothwendig sei, und sagt dann mit Recht, es komme offenbar nicht allein darauf an, dass die Impfung constatirt ist, sondern auch auf die Art derselben. Es fragt sich, ob ein oder zwei kleine Pustelchen, die kaum der Rede werth sind, denselben Schutz geben, als wenn in regelrechter Weise vaccinirt wird. Nach dem, was Vf. nun selbst in England gehört habe, wird dort mit ausserordentlicher Schonung geimpft, und ist es allerdings, darauf macht Lancet aufmerksam, merkwürdig genug, dass bei einer ganzen Reihe von Pocken-Todesfällen angeblich eine erfolgreiche Impfung vorangegangen war. B. will seine weiteren Untersuchungen darauf richten, ob die grössere oder geringere Energie der Impfung einen Einfluss auf die Sterblichkeit habe oder nicht. Es sind ja in Deutschland eine Reihe von Untersuchungen darauf gerichtet worden, ob bei starken Narben die Revaccination einen geringeren Erfolg als bei schwachen gehabt hat, meistens aber hat es sich hierbei um zu kleine Zahlen gehandelt. Erfahrungen, die



man auf 100—200 Fälle stützt, bedeuten nichts; man muss hier mit Tausenden von Fällen rechnen. Vf. glaubt nach den 8—9000 Wiederimpfungen, die er selbst gemacht habe, zu dem Schlusse kommen zu können, dass bei starken Narben die Revaccination allerdings viel weniger erfolgreich ist, als bei schwachen Narben.

Huttmann (17) hat von den etwa 300 im Jahre 1881 in Berlin als pockenkrank der Polizei Gemeldeten fast die Hälfte in dem Barakenlazareth behandelt. Aus seinen sorgfältigen Beobachtungen geht hervor, dass nach einer erfolgreichen Impfung in der ersten Kindheit eine im späteren Leben auftretende Pockenerkrankung häufiger die mittlere Form hat und dass das Sterblichkeitsverhältniss ein niedriges ist; dass es höher ist bei erfolglos Geimpften, am höchsten bei Nichtgeimpften. Nach den Erfahrungen des Verf. scheint das Haften des Vaccinegiftes an einer grösseren Zahl von Stellen wirksameren Schutz gegen Pockeninfection oder doch gegen die höhere Varietät der Variola zu gewähren, als eine kleinere Zahl von Vaccinebläschen (unter 6). In drei Fällen hielt die Schutzkraft der Vaccination lange nicht bis zum 8. Lebensjahre an; endlich dauerte das Incubationsstadium in einem Falle allem Anscheine nach nur 5 Tage. Caspary.

Keesbacher fasst seine Erfahrungen über Miliaria in folgende Sätze zusammen (18): I. Es gibt nur eine Art von Friesel, und diese ist die Miliaria crystallina, sie zählt in die Classe der Phlyktaenosen und ist keine selbstständige Krankheitsform, sondern nur die Begleiterscheinung anderer schwerer Krankheiten, ohne prognostische Bedeutung für dieselben. II. Was man Miliaria rubra oder alba nennt ist keine Miliaria, sondern Schweissprodukt, gehört in die Classe der Ekzeme. III. Es gibt jedoch eine Krankheitsform, welche von verschiedenen Schriftstellern der Vorzeit und wohl auch zum Theil der Gegenwart als Morbus miliaris, Sudor anglicus, Suette miliaire, Schweissfieber bezeichnet wird. IV. Diese Krankheitsform ist keine Hautkrankheit, die Miliaria rubra nur eine Folge des grossen Schweisses, der diese begleitet, die nur übrigens selten im Gefolge erscheinende Mil. crystallina nur eine Begleiterscheinung wie bei anderen allgemeinen schweren Krankheiten. V. Das Auftreten der Miliaria rubra-Bläschen ist nicht charakteristisch für den Morbus, da selbes auch öfters fehlen kann. Es ist daher der Name Morbus miliaris als auf falscher



Voraussetzung beruhend, als zu Begriffsverwechslung führend, ganz aufzulassen und dafür irgend ein anderer Name zu wählen. Der Ausdruck der französischen Aerzte, Hautcholera, kommt dem Wesen und der Bedeutung der Krankheit am nächsten (? A.). VI. Diese Krankheit kommt nur epidemisch vor und ist ein endemisches Auftreten zum mindesten nicht wahrscheinlich, eine Contagiosität derselben aber ganz zweifellos ausgeschlossen. VII. Die Ursache des Entstehens dieser Krankheit beruht höchst wahrscheinlich (? A.) auf den Grundwasserverhältnissen und tritt die Krankheit auf, wenn hochstehendes Grundwasser unter starker Bodeninsolation stagnirt oder zu fallen beginnt, das heisst also, wenn das Gedeihen niederer Organismen in denselben besonders günstig ist. Auch spielt hiebei die Bodenbeschaffenheit ebenfalls eine einflussnehmende Rolle. VIII. Die Annahme der meisten Schriftsteller, und insbesonders Hebra's, dass die bisher als Morbus miliaris, als selbstständige Frieselform bezeichnete Krankheit gar nicht existirt, sondern nur deshalb als selbstständige Krankheitsform bezeichnet wurde, weil die ihr zu Grunde liegenden eigentlichen Krankheiten, als z. B. Typhus u. s. w. übersehen wurden, ist unrichtig.

Ein 12jähriges Mädchen, das im November 1880 mit Prurigo auf die dermo-syphilitische Klinik in Rom aufgenommen und mit Pilocarpin behandelt wurde (es wurden täglich 0,5 Gr. innerlich verabreicht), zeigte nach Rasori (**19**) eine sehr rapide Reaction (profuse Schweisse und geringe Salivation). Nach acht Tagen wurde die Dose auf 1 Gr. täglich erhöht, worauf dieselben Erscheinungen folgten, ohne dass irgend welche Veränderungen auf der Haut auftraten. Auf das hin wurden ausser der innerlichen Medication halbstündige warme Bäder dreimal in der Woche und gleichzeitig allgemeine Einreibungen von Glycerin-Amylum verordnet. Die anfangs geringe Salivation wurde immer profuser, während die Schweisssecretion mehr und mehr abnahm. Bald jedoch erschienen auf der Haut des gesammten Körpers kleine, rothe indolente Punkte, die sich wesentlich von den Prurigoknötchen unterschieden, da sie von keinem schwarzen Börkchen bedeckt waren, aber wohl einen kleinen rothen Punkt in ihrer Mitte hatten, der von der Hyperämie des Ausführungsganges der Schweissdrüsen herrührte. Allmählich wurden diese Knötchen schmerzhaft und die umgebende Haut nahm eine cyanotische Färbung an. An einigen Stellen, wie in der Achselhöhle, erreichten diese Knoten die Grösse



eines Kirschkernes und fluctuirten deutlich, doch wird ausdrücklich betont, dass keiner wie ein Furunkel aussah. Einige von ihnen öffneten sich spontan, bei anderen musste man zum Messer seine Zuflucht nehmen. Jedesmal entleerte sich eine ziemliche Menge Eiter. Die Diagnose lautete jetzt: Idrosadenitis, hervorgerufen durch Reizung der Drüsen durch Pilocarpin. In Folge dessen wurde das Mittel ausgesetzt und bald darauf schwanden alle genannten Erscheinungen. (Eine exceptionell heftige Eruption von Sudamina einerseits und Abscedirung der oberflächlich gelegenen Lymphdrüsen anderseits wofür auf besonderen Wunsch allerdings der schöne Name Idrosadenitis in Verwendung kommen mag? Ref.) Schiff.

Bruzelius (20) hatte öfter Gelegenheit, erysipelatöse oder gangränöse Entzündung der Haut bei chronischer Nephritis zu constatiren, welche bestimmt von Oedem veranlasst waren. Ausser solchen Affectionen aber beobachtete er im Verlaufe dieser Krankheit eine specifische Entzündung der Haut, welche er Erythema uraemicum nennt. Gewöhnlich tritt diese zuerst an den Handgelenken auf, es bilden sich daselbst linsengrosse oder etwas grössere Flecke von hellrother Farbe, welche auf Fingerdruck verschwinden. Sie erheben sich wenig oder gar nicht über das Hautniveau, sind eben und gleichen so einem Erythem. An anderen Stellen zeigen sich öfters gleichzeitig grössere, hellrothe feingranulirende Flecke, an ein papulöses Ekzem erinnernd. Diese Flecke dehnen sich allmählich über immer grössere Flächen aus, so dass endlich durch Confluenz derselben die ganze Körperfläche von der Eruption ergriffen, eine gleichmässige dunkle Röthe aufweist. In diesem Stadium ähnelt die Krankheit ausserordentlich einem intensiven Scharlach auf seinem Höhepunkte. Manchmal erhebt sich die Epidermis in verschieden grossen Blasen, die mit seröser Flüssigkeit gefüllt sind. Häufig sind die Beuge- und Streckseiten der Gelenke in gleicher Ausdehnung ergriffen, dabei aber weisen die kranken Stellen an der Beugeseite stets eine hellere Färbung als die andern auf, oder sind auch ganz frei. In der Regel besteht ein leichtes Jucken. Nach einiger Zeit tritt Abschuppung ein, an den Fingern z. B. löst sich die Oberhaut in grossen Flächen ab. Während der Abschuppung bilden sich auch Rhagaden, aus welchen sich ein seröses oder blutiges Fluidum entleert.

Dieses Erythem erscheint zuerst an den Stellen, wo die hydropische Ausdehnung am beträchtlichsten war, hat mit dem Hydrops keinerlei Zusammenhang, es ist oft da in Fällen, wo gar kein Oedem auftrat, oder wo dasselbe ganz unbedeutend war. Verf. hat das urämische Erythem oft erst nach Ablauf des Oedems, aber nie beobachtet, ohne dass urämische Affectionen vorhergegangen oder zugleich aufgetreten wären.

Das urämische Erythem befolgt keinen bestimmten Verlauf. Es entwickelt sich langsam und dauert meist einige Wochen. Die Prognose ist die ungünstigste.

Nach Pick (21) gehören die Fälle von Urticaria mit persistenten Quaddeln zu den grössten Seltenheiten. Die Urticaria perstans Willani tritt unter zwei Formen auf. Bei der ersten Form findet sich ausser der die Quaddelbildung begleitenden hyperämischen Färbung der betroffenen Stellen keine weitere Pigmentirung der Haut, bei der zweiten Form bleibt nach Schwinden der Hyperämie eine lange Zeit andauernde Verfärbung der Haut zurück. Bezüglich der ersten Form findet Verf. in der ihm zur Verfügung stehenden Literatur ausser den die Willan'schen Beobachtungen wiedergebenden und bestätigenden Angaben älterer Autoren keine Mittheilungen jüngeren Datums. Seine eigenen Beobachtungen beziehen sich auf fünf Fälle, von welchen er drei anführt.

Die zweite Form ist bisher unter verschiedenen Namen beschrieben worden. John Cavafy hat in der Lancet vom 8. Mai 1880, bei Gelegenheit der Veröffentlichung eines sehr interessanten hierher gehörigen Falles, eine Zählung der bis dahin bekannt gewordenen Beobachtungen vorgenommen, aus der sich ergibt, dass mit Einschluss seiner eigenen und noch zweier ihm bekannter aber noch nicht veröffentlichter Beobachtungen von Makenzie und Pye-Smith sich dieselben auf etwa 13 beziffern lassen.

Fasst man den Symptomencomplex, wie er sich aus zwei Fällen des Vf. und den der Literatur entnommenen Fällen ergibt, in Kürze zusammen, so findet man, dass es sich um eine Dermatose handelt, welche zumeist kurze Zeit nach der Geburt die Individuen befällt und mehrere Jahre anhält, ohne dass deshalb eine wesentliche Alteration des Allgemeinbefindens vorausging oder sich im weiteren Verlaufe entwickelt hätte. Man kann nicht von einer erblichen Belastung sprechen.



Dagegen muss man die Krankheit als eine angeborene bezeichnen, weil sie sich so kurze Zeit nach der Geburt (wenige Tage) und unter so normalen äusseren Verhältnissen entwickelt, dass keine ausserhalb des Organismus liegende Veranlassung für ihre Entstehung in Anspruch genommen werden kann und selbst in den Fällen, in welchen die Krankheit im späteren Lebensalter zur Beobachtung kam, die davon betroffenen Kranken mit Bestimmtheit angaben, dass sie in frühester Jugend lange Zeit in ähnlichen Zuständen gelitten haben. Von zwei Autoren (Sangster und Cavafy) wird angegeben, dass die Kinder kurz nach der Geburt icterisch gefärbt waren. Cavafy hebt jedoch ganz richtig hervor, dass es sich in diesen Fällen wahrscheinlich um jene gelbe Verfärbung der Haut gehandelt habe, wie sie bei Neugeborenen oft vorkommt und die mit wahrem Icterus nicht verwechselt werden darf. Der Urin war blass und die Stühle von normaler Färbung.

Die Erscheinungen auf der Haut bieten eine grosse Regelmässigkeit dar. Stets entstehen sehr rasch und ohne vorausgehende Prodrome hellroth gefärbte, kreisförmige oder ovale Flecke von 3 bis 5 Ctm. im Durchmesser, in deren Mitte eine stark prominirende aber flache quaddelförmige Geschwulst sich befindet, deren Färbung anfangs etwas blässer ist als die des umgebenden Hofes, bald jedoch die gleiche Intensität erreicht. Von diesem Zeitpunkte an differiren die Erscheinungen nach zwei Richtungen. In dem einen Falle behalten die Flecke die ursprüngliche Grösse bei, während sich die Quaddel abflacht und endlich gänzlich schwindet. Sie erscheinen dann gleichmässig flach, die hellrothe Färbung weicht allmählich einer braunrothen, dann braunen, gelbrothen, endlich blassgelben. Diese Farbenveränderungen vollziehen sich äusserst langsam (in sechs bis acht Wochen), die braunrothe Färbung hält am längsten an, findet sich demnach bei der grösseren Zahl von Flecken. Im zweiten Falle verschwindet der hellrothe Hof, während die Quaddel sich von der Umgebung deutlicher abhebt und nun selbst jene Farbenveränderungen an sich wahrnehmen lässt, wie wir sie bei den flachen Stellen angegeben haben. Beide Formen kommen an einem und demselben Individuum gleichzeitig vor, doch prävalieren in der ersten Zeit der Krankheit die Quaddeln, während in späterer Zeit die Flecken vorherrschen. Flecken und Quaddeln schwinden ohne jede Abschuppung, niemals tritt Eiterung ein. Höchst selten wird dieses Bild durch Kratzeffecte



gestört und noch seltener wurden Abhebungen der Epidermis in Blasen oder Bläschenform beobachtet.

Die Krankheit localisirt sich zuerst am Stamme, vorwiegend am Rücken und an der Brust und verbreitet sich von da aus über den Unterleib, das Gesäss, die Extremitäten, spärlicher tritt sie am Halse und Gesichte auf.

Ueber die Dauer der Erkrankung lässt sich nichts Bestimmtes angeben. Verf. hat sie bis ins 9. Lebensjahr hineinreichen gesehen, ohne dass sie ihren Abschluss gefunden hätte und die Disposition zu ihrer Entwicklung kann für lange Zeit angenommen werden.

Man sieht, dass die wesentlichsten Momente der Quaddelbildung: die Rückbildung durch vollständige Resorption, ohne dass jemals ein Uebergang in Eiterung stattfinden würde, sowie die geringe oder gänzlich ausbleibende Betheiligung der Epithelschichte an dem Processe, also der vollständige Mangel an Abschuppung auch hier wiederzufinden sind. Abweichend von der gewöhnlichen Norm sind die Pigmentirung der Haut und der überaus lange Bestand der einzelnen Quaddeln. Beide Momente stehen in engem Zusammenhange mit einander und finden ihre Analogie mit anderen ähnliche anatomische Veränderungen darbietenden pathologischen Processen der Haut. An Querschnitten frischer Präparate ersieht man, dass es sich bei diesem Stadium der Pigmentirung um kleine hämorrhagische Herde handelt, welche in das Cutisgewebe eingelagert sind. Sie erscheinen rostbraun, von keinzelliger Infiltration des Bindegewebes umgeben, die Papillen sind verbreitert, die Epidermis in keiner Weise verändert. Der lange Bestand der Einzelefflorescenzen erklärt sich daraus, dass hier eben im Gegensatze zur gewöhnlichen durch einfache seröse Exsudation hervorgehenden Quaddelbildung hämorrhagische Processe stattfinden, welche zu ihrer Resorption an sich schon einen längeren Zeitraum erfordern. Es scheint Verf. jedoch, dass hier noch ein wichtiger Umstand in Betracht kommt, der sich aus der eigenthümlichen Erkrankung des Lymphgefäss-Apparates der betroffenen Individuen ergibt. Der mehr oder minder augenfällige Befund von Schwellung der Lymphdrüsen bei den meisten Fällen lässt uns schliessen, dass Störungen in der Fortbewegung des Lymphstromes vorhanden sind und dass in denselben ein weiterer Grund für die Verlangsamung der Resorption zu suchen ist.



Verf. knüpft hieran die Rechtfertigung der weiteren Epitheta, die er zur besseren Kennzeichnung dieser eigenthümlichen Form hinzugefügt hat. Hebra und die späteren Autoren haben mit Unrecht die Bezeichnungen Urticaria chronica und Urticaria perstans als identische hingestellt. Als chronische Form hat man diejenige zu verstehen, bei welcher, unbeschadet der acuten Abwicklung der einmal gesetzten pathologischen Vorgänge auf der Haut, der Ausbruch der Quaddel sich durch lange Zeit, Monate und selbst Jahre hindurch, fortwährend erneuert, während die Bezeichnung Urticaria perstans sich auf die individuelle Dauer der einzelnen Quaddel bezieht, von der ausgesagt wird, dass sie durch lange Zeit bestehen bleibt.

Somit wäre in Zukunft, wie ursprünglich von Willan, diese Krankheitsform als Urticaria perstans zu bezeichnen.

Sangster hat für eine Reihe hierher gehöriger Fälle die Bezeichnung Urticaria pigmentosa gewählt. Es wird damit jedenfalls eines der wichtigsten Krankheitssymptome hervorgehoben, allein der Name passt nicht für alle Fälle, berührt die Wesenheit des Krankheitsvorganges nicht und dürfte zu manchem diagnostischen Irrthum Veranlassung geben. Immerhin könnte man von einer Urticaria perstans pigmentosa in jenen Fällen sprechen, in welchen die Verfärbung der Haut die Quaddel überdauert, doch schiene es dem Verf. auch in diesen Fällen besser die Provenienz des Pigmentes zu kennzeichnen und sie Urticaria perstans haemorrhagica zu benennen.

Lewinski hat gleichfalls (22) 2 Fälle von Pigmentbildung nach chronischer Urticaria gesehen und einen davon, der einen 18jährigen, gut genährten, kräftigen Mann betraf, durch mehrere Monate beobachten können. Auf dessen Haut fanden sich eine grosse Anzahl von theils runden, theils oval geformten Flecken, linsengross und darüber, weniger reichlich und zerstreut auf dem Gesicht, dem Halse und den Extremitäten, reichlicher und vielfach confluirend auf dem Rumpfe. Namentlich in der Oberbauchgegend fanden sie sich in so grosser Menge, dass sie durch Confluenz gleichsam ein grosses Netz darstellten, in dessen Maschen nun kleinere Inseln normaler Haut sichtbar waren. Auf dem Rücken waren sie in den Rippen parallelen Reihen geordnet; Handteller und Fusssohlen waren frei. Eine grosse Anzahl von Flecken, namentlich die auf dem Rumpfe, ragten ein wenig über die Umgebung hervor; andere, besonders die zerstreuter

stehenden, waren ganz flach; die ersteren liessen sich leicht durch Fingerdruck selbst bis unter das Niveau der gesunden Haut abflachen, um mit Nachlass des Druckes allmählich ihren alten Umfang wieder einzunehmen. Die Farbe der Flecken war verschieden an verschiedenen Körperstellen und bei einem Theile auch zu verschiedenen Beobachtungszeiten. Die zerstreuter stehenden waren blassgelblich, ähnlich der Färbung bei Pityriasis versicolor; sie änderten sich auf Fingerdruck nicht. Die confluirenden, etwas geschwollenen dagegen waren zuweilen blassgelb, wie die eben genannten, nur vielleicht ein wenig gesättigter; andere Male — wie es schien unter dem Einflusse der Abkühlung — mehr dunkelblau, cyanotisch. Unter dem Einflusse der Erwärmung dagegen oder wenn mechanische Reize irgend welcher Art die Haut trafen, wurden sie scharlachroth. Immer aber blassten sie auf Fingerdruck ganz ab, wenigstens bis auf einen minimalen gelblichen Schimmer. Auch die erst genannten flachen, mehr blassen Flecken sollen ursprünglich so gewesen sein, wie die letzteren und sich erst allmählich in der angegebenen Weise geändert haben. — Dazwischen sah man an verschiedenen Tagen in verschiedenen Mengen auftretende scharlachrothe Partien von sehr grossem Umfange, in deren Mitte meist Quaddeln, zum Theile mit Bläschen versehen, sich befanden. Solche Quaddeln waren nun nach Angabe der Mutter des Patienten von seiner 5. Lebenswoche an — die erste auf der Bauchhaut — beobachtet worden und seither immer wieder an den verschiedensten Körperstellen entstanden, die einen mit Blasen auf der Oberfläche, die anderen als reine Knötchen. Die Dauer der einzelnen Efflorescenzen, namentlich der mit Blasen versehenen, war eine kurze, einige Tage währende, aber die in den ersten 9 Lebensjahren entstandenen liessen Flecken zurück, die sich seither wenig oder gar nicht verändert haben sollen. Die später entstandenen verschwanden spurlos. Verf. überzeugte sich, dass auch artificiell die Quaddeln leicht zu erzeugen, dass die so erzeugten äusserst flüchtig waren — nach einer halben Stunde bereits verschwanden — und er hält auch die zur Beobachtungszeit anscheinend spontan entstandenen für Folgen äusserer, die Haut treffender Reize. — Pat. litt seit frühester Jugend an heftigem Jucken, sowie an grosser Empfindlichkeit gegen Kälte; auch in der Wärme fühlt er sich nicht wohl, wurde schon bei mässiger Hitze scharlachroth und gedunsen im Gesichte. Seine Haut war ohne Spur von Infiltration; ihre Temperatur bis auf Hände und Nasen-



spitze, die schon bei geringer Kälte die Zeichen leichter Erfrierungsgrade zeigten, normal, ebenso die Sensibilität.

Verf. hat 8, seinen beiden analoge Fälle in der Literatur vorgefunden, alle von englischen Aerzten beobachtet, der erste aus dem Jahre 1869. Die zwei von Pick als Urticaria perstans jüngst beschriebenen Fälle (s. oben), in denen auch eine lange Verfärbung der Haut zurückblieb, findet er von den seinigen, wahrscheinlich auch von allen anderen verschieden, da nirgends wie in Pick's Fällen eine lange Dauer der Quaddeln auffällig war. Verf. fasst das zu Grunde liegende Leiden als eine vasomotorische Neurose im Sinne Auspitz's auf. Er formulirt seine Auffassung über den Zusammenhang der Symptome folgendermassen: In Folge angeborener oder wenigstens in den ersten Lebenswochen erworbener, abnorm starker Erregbarkeit des vasomotorischen Nervensystems der Haut entstehen fortwährend theils durch kleine, die Haut direct treffende Irritamente, theils wohl reflectorisch durch Reizung von inneren Organen ausgelöst, Quaddeln. Von diesen lassen die während der ersten Kinderjahre auftretenden (vielleicht weil bei Kindern die vasomotorischen Nerven an sich erregbarer sind als im späteren Leben) am Orte ihres Bestehens Hyperämien zurück, welche ihrerseits wiederum zu Pigmentirungen die Veranlassung geben. — Therapeutisch ist Verf. gleich allen Anderen ausser Stande gewesen, neuen Quaddeleruptionen vorzubeugen. Als Nomen morbi schlägt er vor, den von Sangster eingeführten Namen: Urticaria pigmentosa beizubehalten. Caspary.

Neuritische Dermatosen.

23. **E. Lesser,** Beiträge zur Lehre vom Herpes zoster. (Virchow's Archiv LXXXVI. p. 391 mit Tafel XVI. 1881.)
24. **De Amicis.** Ein seltener Fall von Zoster bilateralis universalis. (Giornale Internat. delle Scienze Mediche. Neapel 1882.)
25. **Neumann.** Ein Fall von umschriebener Gangrän. Discussion darüber. (Anz. d. Ges. d. Aerzte in Wien, 12. und 25. Mai 1882.)

Lesser gibt (**23**) den Sectionsbefund von zwei, von ihm beobachteten Fällen von Herpes zoster (cervico-subclavicularis VI., IX.).



Im ersten Falle fand sich in einem ganz circumscripten Gebiet des Ganglion eine entzündliche Infiltration mit Blutungen, ohne dass es gelang, für das ganz circumscripte Auftreten der Entzündung eine ätiologische Erklärung zu finden. Denn sowohl die Nachbarorgane des Ganglion, wie auch seine Umhüllung und dessen äussere Schichten boten nichts Krankes dar. — Trotzdem nur ein Theil des Ganglion sich erkrankt zeigte, betraf die Hautaffection den ganzen Bereich der aus dem Ganglion entspringenden Hautnerven, was Verf. so erklärt, dass bei dem Auftreten einer intensiven Entzündung in einem Theile des Ganglion auch die übrigen Theile desselben in Mitleidenschaft gezogen waren, dann aber, als weniger afficirte Partien eher zur Norm zurückkehrten, als die ursprünglich und stärker ergriffenen Stellen. — Im zweiten Falle handelte es sich um entzündliche Vorgänge mit besonderer Neigung zu Hämorrhagien. Hier war es höchst wahrscheinlich, dass für die Erkrankung des Ganglion eine tuberculöse Pleuritis den Ausgangspunkt bildete. Der Verf. ist der Ansicht, dass diese secundären Zosteren für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Erkrankung des Ganglion und Zostereruption ebenso beweisend seien, wie die sogenannten „primären", d. h. solche ohne bekannte Aetiologie, in denen die Ganglien scheinbar selbst erkranken.

Was die Veränderungen der Haut beim Zoster betrifft, so glaubt Verf. dass die Hautveränderung jedenfalls im epithelialen Theil der Haut liege, und dass nachdem der anfänglich durch die Nerven übermittelte Reiz eine starke Steigerung der nutritiven und plastischen Thätigkeit der Zellen hervorgerufen habe, schliesslich degenerative Vorgänge in denselben einträten; die Kernfärbung z. B. undeutlich werde. Die entzündlichen Vorgänge treten an Bedeutung hinter diesen degenerativen ganz zurück.

Im Anschluss hieran theilt Verf. zwei Fälle von Zoster intercostalis mit, die in unmittelbarer Nähe von kyphoskoliotischen Partien der Wirbelsäule aufgetreten waren und in denen er auch Alterationen der betreffenden Intervertebralganglien, sei es auf entzündlichem, sei es auf mechanischem Wege annimmt. Ueberhaupt betont er die Bedeutung von Traumen als ätiologisches Moment für den Zoster.

Was nun die Thatsache anlangt, dass der Zoster jedes Individuum in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur einmal im Leben befällt, so stellt der Verfasser den Satz auf, dass wir vom theoretischen Standpunkte aus die Möglichkeit des Recidivirens für die

traumatischen und secundären Zosteren ebenso zugeben müssen, wie für die primären, für welche wir eine bestimmte Aetiologie bisher nicht haben finden können. Caspary.

De Amicis beschreibt folgenden von ihm beobachteten Fall von bilateralem Zoster (24). Eine 27 Jahre alte Frau wurde zum dritten Male am 11. März 1877 entbunden. Puerperium verlief regelmässig bis am 24. April. An diesem Tage traten sehr heftige Fiebererscheinungen mit Unterleibschmerzen, Diarrhöe und Erbrechen ein, welche Erscheinungen drei Tage dauerten. Am 28. April stellte sich Röthung und Schwellung beider Hände, beider Arme und des Gesichtes ein und am folgenden Tage eine Bläscheneruption an den Händen und Armen, die von brennenden Schmerzen begleitet war. In den folgenden Tagen verbreitete sich progressiv diese Eruption fast über die ganze Körperoberfläche. Wenn man die afficirten Hautregionen zu den Nervenbahnen in Beziehung bringt, so wären sie in folgender Reihe aufzuzählen:

1. Regio cervical. anter. et poster.: 3., 4., 5., 6. Cervicalnerv;
2. „ supraclavicul.: Absteigende Aeste des Plexus cervical.;
3. „ deltoidea: Nerv. circumflexus;
4. Innere vordere und hintere Oberarmgegend: N. brach. cut. int.; das Gebiet des N. muscul.-cutan. bleibt immun.;
5. Regio palmaris: N. median. et cubital.;
   „ dorsalis: N. cubital. et radial.;
6. „ thoracica et abdomin.: Nn. intercostales;
7. „ sacral. et glutaea: Aeste des 1., 2., 3., 4. und 5. Lumbar- und Sacral-Nerven;
8. „ inguinalis: Abdominal- und Scrotaläste;
9. „ cruralis; Genito-crural-Aeste;
10. Innere Oberschenkelregion: N. pudend. intern.;
11. Aeussere, vordere und hintere Oberschenkelregion: Aeste des N. femoro-cutan.
12. Dorsalgegend des Fusses: Endäste des Ischiadicus u. Poplit. ext.
13. Innere Fersengegend: Aeste des N. tibial. post.;
    Hintere „ N. ischiad. et poplit. intern.;
14. Innerer Fussrand: N. plantar. intern.;
    Aeusserer „ Aeste des N saphenus extern.

Diese Vertheilung war genügend charakteristisch und besonders beachtenswerth war die Immunität des hinteren Theiles des Stammes



in der Mediangegend, die der Wirbelsäule entspricht. Ausserdem bestätigten die Veränderungen, welche die Bläschen eingingen, nämlich theils Hämorrhagie, theils Ulceration mit folgenden Narben und endlich der cyklische Verlauf — die Kranke wurde am 24. Mai vollkommen geheilt entlassen — die Diagnose eines Herpes zoster bilat. univers. Die Kranke gab an, sowohl im 8. Monate ihrer zweiten Schwangerschaft als auch gegen den 7. Monat der letzten (3.) Schwangerschaft eine ähnliche Bläschen-Eruption gehabt zu haben. In den folgenden Jahren traten wiederholt Bläschen-Eruptionen an Händen und Füssen auf, deren eine A. selbst beobachtet hat, wobei besonders die Bläschengruppen an den Fingern bemerkenswerth waren. Der Verf. möchte den vorliegenden Fall ätiologisch als Herpes gestationis auffassen. Wenn man die Duplicität und Universalität in Betracht zieht, so muss man annehmen, dass die Ernährungsstörungen im Nervensystem, welche diese Affection hervorgerufen haben, auf einen Ausgangspunkt zurückzuführen seien, nämlich auf das Rückenmark und besonders auf jene Stellen desselben, in denen Charcot die trophischen Centren der Haut localisirt, weniger auf die Ganglien. Andererseits wäre es nach A. auch möglich, dass im vorliegenden Falle der besondere Zustand des Uterus auf reflectorischem Wege aufs Centrum gewirkt und Ernährungsstörungen hervorgerufen habe. Schiff.

Neumann stellte der Gesellschaft d. Aerzte in Wien einen Fall von acuter umschriebener Gangrän der Haut vor und knüpfte an die Demonstration folgende Bemerkungen (25):

Der in Rede stehende Fall dürfte in den Annalen der Medicin zu den Seltenheiten gehören, wenn nicht geradezu vereinzelt dastehen. Es finden sich zwar in der Literatur, wenn auch in geringer Zahl, homologe Erkrankungen unter dem Namen der symmetrischen Gangrän, allein in allen diesen Fällen waren mehr oder weniger Prodromalsymptome vorausgegangen, namentlich Affectionen des Centralnervensystems, und hat sich die Gangrän erst allmählich nach längerer Zeit herausgebildet. In dem Falle, den N. erörtert, gipfelt das Interesse nicht so sehr in der Vertheilung der gangränösen Stellen, als in der Acuität des Auftretens. Die Kranke, um die es sich handelt, ist 18 Jahre alt, anämisch, mit spärlichen Menses. Sie litt in ihrer Kindheit an



Scrophulose und wurde vor mehreren Jahren an einem cavernösen Tumor der Fusssohle operirt.

Die gegenwärtige Erkrankung datirt seit 15. October 1881. Die ersten gangränösen Stellen zeigten sich in der Hohlhand, zumeist in der Grösse von Linsen bis Silbergroschen. Die Zahl derselben betrug hier sieben. Hierauf traten am 9. März d. J. Efflorescenzen von Thalergrösse über dem linken Sterno-Claviculargelenke, bald darauf am Manubrium sterni und an dem äusseren Ende der Clavicula auf. Hierauf erkrankten die Vorderarme und zwar an der äusseren Fläche in der Weise, dass zuerst 4 am linken Arm, hierauf 3 am rechten, 1 am linken, 2 am rechten, 1 am linken, 1 am rechten Arme, endlich zwei Efflorescenzen unter der linken Kniescheibe entstanden. Die Erscheinungen, unter denen eine solche Verschorfung auftritt, wechseln, doch tritt constant starkes Brennen von kurzer Dauer, etwa 5—10 Minuten auf, die Haut erscheint an einer umschriebenen Stelle geröthet, etwas elevirt, die Temperatur erhöht. Diese Stelle grenzt sich allmählich von der gesunden Haut ab und von der Peripherie gegen das Centrum bemerkt man, dass die Haut ihre Farbe in der Art ändert, dass erstere braun, letztere noch mattweiss erscheint und während die Empfindung an der Peripherie geschwunden ist, im Centrum für eine kurze Zeit, etwa eine halbe Stunde noch vorhanden ist, um jedoch auch zu schwinden, in dem Masse, als die vollständige Verschorfung des Cutisgewebes stattfindet. Während dieses Vorganges, welchen N. viermal beobachtete, konnte er constatiren, dass in die Umgebung etwas seröse Flüssigkeit ausgeschieden wurde, sowie dass an einzelnen Schorfen den Blitzfiguren ähnliche Ramificationen sich bildeten. Der Schorf löst sich innerhalb 14 Tage durch rasch wuchernde Granulationen los. An zwei früher mit der Schere losgelösten Schorfen konnte N. mikroskopisch den unveränderten Panniculus adiposus, sowie die erweiterten Venen des subcutanen Bindegewebes sehen. N. ist gegenwärtig nicht in der Lage die Ursache der Erkrankung anzugeben, doch scheint es ihm wahrscheinlich, dass wir es mit einer vasomotorischen Erkrankung zu thun haben. Es habe dieser Fall wohl am meisten Aehnlichkeit mit der zuerst von Raynaud beschriebenen symmetrischen Gangrän der Extremitäten. — Herr N. Weiss habe die Patientin genau untersucht und eine Schmerzhaftigkeit in der Gegend des Sympathicus am Halse constatirt.

N. Weiss bemerkt, dass er wohl ähnliche, aber nicht die



gleiche Affection bei Erkrankungen der peripheren Nerven gesehen habe. Er erinnert diesbezüglich an die Erfahrungen, welche Chirurgen und Neuropathologen bei Schussverletzungen und anderen irritativen Läsionen peripherer Nerven zu machen Gelegenheit hatten und erwähnt insbesondere einen von Charcot mitgetheilten Fall, in welchem durch eine Narbe in der Ellenbogenbeuge, die so situirt war, dass sie bei Bewegungen des Vorderarmes auf den N. medianus einen Druck ausüben musste, ein tiefes Geschwür in der Haut des Vorderarmes erzeugt wurde, das allen Behandlungsmethoden trotzte, wenn der Kranke den Arm gebrauchte, aber sehr bald und stets heilte, wenn der Kranke den Arm in der Schlinge trug und somit den Druck auf den N. medianus aufhob. Er erörtert ferner die bei schweren Hirn- und Rückenmarkserkrankungen auftretenden acuten Gangränescenzen der Haut und der tiefer liegenden Gewebe, welche, wie neuere Untersuchungen (Leloir) gezeigt haben, gleichfalls durch schwere Läsionen peripherer Nerven bedingt zu sein scheinen. Er weist endlich auf die bekannten Untersuchungen hin, die bei Herpes Zoster Erkrankungen der Intervertebralganglien als Ursache der Hauteruptionen statuirten und spricht in Bezug auf den vorliegenden Fall die Meinung aus, dass es sich auch hier um irritative (wahrscheinlich entzündliche), multipel auftretende Läsionen peripherer Nerven oder der Spinalganglien handle, welche zu der multiplen symmetrischen Gangrän der betreffenden Hautpartien führten.

Billroth ist der Meinung, dass die demonstrirten Schorfbildungen Artefacte seien und eine Irreführung von Seite der Patientin vorliege; er hält es für höchst wahrscheinlich, dass die Patientin hysterisch sei und sich die Schorfe selbst mittelst Kali causticum oder irgend eines anderen Aetzmittels erzeugt habe, um das Interesse der Aerzte auf sich zu lenken, Verirrungen ähnlicher Art von Seite Hysterischer kommen gerade dem Chirurgen nicht selten zur Beobachtung; Billroth erinnert an die Fälle, wo z. B. Frauen sich Nadeln in die Brust oder andere Körpertheile stecken oder gar in grosser Menge verschlucken, u. zw. lediglich in der Absicht einen interessanten Fall abzugeben. Der vorgestellte Fall habe mit den von Raynaud beschriebenen Formen von symmetrischer Gangrän, die Redner zu beobachten Gelegenheit hatte, nicht die geringste Aehnlichkeit; es fehle vor Allem die dieser Erkrankung zu Grunde liegende locale Asphyxie. Ueberhaupt entspreche die Gruppirung der Schorfe



weder der Vertheilung eines Gefässes noch eines Nerven. Gegen die Abhängigkeit dieser Schorfe von einer Erkrankung der Gefässe und Nerven spreche ferner in auffallender Weise das Aussehen der Schorfe selbst, die Art und Raschheit der Abstossung, das gesunde Aussehen der umgebenden Hautränder und der üppigen, geradezu überwuchernden Granulationen an Stelle des Schorfes. Bei spontaner Gangrän beobachten wir eine enorm langsame Ablösung der Schorfe, kaum eine Spur von Granulationsbildung und eine ausserordentlich langsam vor sich gehende Benarbung.

Auspitz bezeichnet den Fall auch als ein Unicum, findet jedoch keinen Grund, die vorliegenden Schorfe als Artefacte zu bezeichnen. Indessen müsse er bemerken, dass die Bezeichnung „symmetrische Gangrän“ durchaus nicht zutreffend sei; weder seien die Schorfe thatsächlich symmetrisch angeordnet, noch haben sie das bei dieser eigenartigen Erkrankung charakteristische Aussehen. Auch mit dem Decubitus acutus Samuels, welcher bei Nervenkranken vorkommt, haben die demonstrirten Schorfe keine Aehnlichkeit.

Auf Billroth's Bemerkungen erwiedert N., dass in diesem Falle von einer Irreführung von Seite der Kranken nicht die Rede sein könne, da das Mädchen sonst gesund ist, sowie kein Motiv vorhanden, welches eine solche Selbstverstümmelung veranlassen könnte. Weiters seien durch Kali causticum hervorgerufene Schorfe nie so begrenzt, da bei jeder Aetzung mit demselben sich eine blutig gefärbte, klebrige Flüssigkeit bildet, die die Umgebung verschorft.

Ueberdies hat N. den Process der Verschorfung selbst mehrmals bereits beobachtet. Vielleicht seien die Schorfe dem Herpes Zoster gangränosus analog, den Hebra erst vor mehreren Jahren zum ersten Male beobachtet hat.

Albert schlägt vor, die Schorfe chemisch untersuchen zu lassen, um auf diesem Wege ein etwa von der Patientin angewandtes Aetzmittel aufzudecken.

Ludwig erbietet sich die chemische Untersuchung der Schorfe vorzunehmen.

N. Weiss bemerkt, dass zur Entstehung des Decubitus acutus durchaus nicht Cachexie der befallenen Individuen oder Druck auf die betreffenden Hautpartien erforderlich sei, sondern dass derselbe auch bei kräftigen Individuen ohne Intervenienz einer irgend



wie gearteten traumatischen Läsion der Haut zu Stande komme und verweist diesbezüglich auf die bekannten Erfahrungen Charcot's.

Weinlechner schliesst sich im Wesentlichen der Ansicht Billroth's an. Auch auf ihn machen die gangränösen Stellen den Eindruck künstlich hervorgerufener Schorfe; das normale Aussehen der Patientin, die rasche und scharfe Abgrenzung der Schorfe, die reinen üppigen Granulationen unter denselben, das Fehlen jeder krankhaften Veränderung in der Umgebung derselben sprechen entschieden gegen spontane Gangrän. Redner hat einen ähnlichen Fall nie gesehen; nur einmal vor Jahren erinnert es sich bei einem jungen blühenden Mädchen einen vereinzelten, angeblich spontan aufgetretenen Schorf gesehen zu haben, der aber auch damals unaufgeklärt blieb.

In der folgenden Sitzung der Gesellschaft der Aerzte (vom 19. Mai) theilte Neumann mit, dass er am 14. Mai in Gegenwart des Prof. Ludwig einen Schorf vom erkrankten Vorderarm des demonstrirten Mädchens in der Ausdehnung von fast Thalergrösse abgelöst habe, welchen Ludwig in einem Glasgefässe wohlverwahrt in sein Laboratorium gebracht und daselbst einer genauen chemischen Untersuchung unterzogen hat. Das Resultat der letzteren theilt Ludwig in Folgendem mit:

„Der in meiner Gegenwart der Patientin H. M. entnommene Schorf enthält zu Folge der von mir vorgenommenen Analyse weder ätzende Alkalien, noch Alkalicarbonate, noch ätzende Mineralsäuren, noch irgend eine Verbindung eines schweren Metalles".

Somit entfalle jene Annahme, welche Billroth zur Erklärung des Falles ausgesprochen hat, zu welcher nur die Erscheinungen am fertig gebildeten Schorfe, nie jedoch die Beobachtung des Verlaufes veranlassen könnten. Es seien mittlerweile an der Kranken 5 neue gangränöse Stellen unter den gleichen Erscheinungen wie die früheren entstanden.

Gleichzeitig legt N. eine Abbildung, welche Heitzmann in drei verschiedenen Zeiträumen nach der Natur entworfen hat, vor und sind an einem Schorfe, welcher kurze Zeit nach seinem Entstehen aufgenommen wurde, noch die verschiedene Färbung desselben, sowie peripher gelegene Bläschen ersichtlich. Einen analogen, wenn auch weniger acut verlaufenen Fall theile H. Leloir in den „Recherches



clin. et anatom. pathol. sur les affections cutanées d'origine nerveuse" mit.

Billroth wirft die Frage auf, ob über Kal.-caust.-Schorfe bereits chemische Untersuchungen vorliegen.

Ludwig bemerkt hiezu, dass Aetzkali sowie Aetznatron wahrscheinlich, wenigstens spurweise aufzufinden sein dürften, obwohl die Möglichkeit einer vollständigen Auswaschung der genannten Stoffe aus den betreffenden Hautpartien nicht von der Hand zu weisen sei; dasselbe beziehe sich auch auf etwaige durch Carbolsäure geätzte Hautpartien, von denen sich, bei Behandlung mit Weingeist, die Carbolsäure vollständig entfernen lasse. Nur Verbindungen schwerer Metalle geben sich wohl stets spurweise zu erkennen. Ludwig hebt ausdrücklich hervor, dass er in dem Falle von Neumann aus dem von ihm erhaltenen negativen Resultate der chemischen Untersuchung keineswegs irgend einen positiven Schluss ziehen könne und diesbezüglich keine Verantwortung übernehme.

Kaposi bemerkt, dass bei einem durch Aetzung herbeigeführten Schorfe in erster Linie die Epidermis und das oberflächliche Gewebe von der Verschorfung befallen seien, womit auf den ersten Anblick der Eindruck eines Aetzschorfes entstehe, bei dem spontanen Hautschorfe bilde sich dagegen der Schorf unterhalb der Epidermis, durch welche man die verschorften Stellen zu erblicken vermag; so lasse jeder intensive Herpes Zoster durch die blasig aufgehobene Epidermis verschorfte Stellen erkennen. Ein ausgezeichneter und in seiner Art von Kaposi zuerst beobachteter Fall von Herpes Zoster gangraenosus wurde bereits in der Gesellschaft der Aerzte demonstrirt und in seinen wiederholten Recidiven publicirt. Da waren zu Beginn an der inneren Seite des Vorderarmes in Striemen, Streifen und Punkten Schorfe aufgetreten, die auf den ersten Anblick leicht für Verschorfungen hätten imponiren können. Allein durch die charakteristischen Merkmale war sofort die spontane Entstehung zu diagnosticiren. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich regelmässig um die Hautschorfe ein Kranz von neuen Bläschen, an deren Basis der Papillarkörper und das Corium abermals verschorften, oder rothe, erhabene, schmerzhafte Plaques, auf denen binnen Stunden miliare Bläschen auftraten mit basaler Verschorfung und dadurch eine allmähliche Verbreiterung der verschorften Hautstreifen herbeiführten. Die

Schorfstellen machten den Eindruck einer mit rauchender Salpetersäure geätzten Hautpartie, sowie auch aus ihnen eine keloide Narbe hervorging. Die betreffende Patientin hat bisher 12 derartige Zoster-Eruptionen durchgemacht. Kaposi führt noch drei solche Fälle aus seiner Beobachtung an und theilt schliesslich einen ihm von Herrn Otto Kalb aus Baiern zugesandten Krankheitsbericht mit. Derselbe betrifft ein Mädchen, dem angeblich eine Säure an die Wange gespritzt war und dadurch Verschorfungen herbeigeführt hatte, aus denen eine keloide Narbe hervorging; später entstanden jedoch ähnliche Insulte am Arm und den Unterextremitäten, u. z. trat anfänglich eine Röthung einer bestimmten Hautstelle ein; 5—10 Minuten später entstanden daselbst schwach erkennbare Blasen, die Cutis sank unter der Epidermis ein, es kam zur Absonderung einer anfänglich klaren Flüssigkeit, welche später sulzig wurde oder zum Platzen der abgehobenen Epidermis führte. Die Cutis erschien dabei grau, ledern, schwer zu durchschneiden. Die Dauer des ganzen Vorganges betrug 1—6 Stunden. Die betreffenden Schorfe wurden später unter Eiterung abgestossen, worauf Narbenbildung erfolgte. Merkwürdiger Weise vermochten in diesem Falle Aetzungen mit Carbolsäure an den gerötheten Stellen den Verschorfungsprocess jedesmal in jenem Studium aufzuhalten; wurde beispielsweise in einer Hälfte einer eben gerötheten Stelle geätzt, so stand der Process da still, indess an der anderen Hälfte die Verschorfung weitere Fortschritte machte. Die mit dem Blaseninhalte vorgenommenen Impfungen ergaben an den Impfstellen Verschorfungen.

Auspitz hebt hervor, dass trophische Störungen mit dem Charakter der Schorfbildung keineswegs selten seien; wenn er aber den Fall von Neumann als ein Unicum bezeichnet habe, so beziehe sich dies nur auf die merkwürdige Acuität der Affection bei einem Individuum, das anscheinend nicht im mindesten nervös belastet sei. Das von Kaposi als Unterscheidungsmerkmal zwischen einem spontanen und Aetzschorf betonte Intactsein der Epidermis sei nicht für alle Fälle zutreffend, da Aetzmittel auch hypodermatisch angewendet werden können, in welchem Falle die Epidermis zuletzt zerfällt. Redner bezieht sich hierbei auf einen ihm von Prof. Winternitz mitgetheilten Fall von Chloroform-Injection, welche eine Verschorfung der Haut im Injectionsgebiete veranlasst hatte. Wie Billroth dem Redner gegenüber bemerkt habe, kommen diesbezüglich auch die galvanischen Schorfe in Betracht. Auspitz theilt ferner eine von ihm gemachte



Beobachtung an einer lappländischen Familie mit, deren einzelne Glieder an den Armen und Beinen symmetrische, Variola-ähnliche Pusteln aufwiesen, die durch Einreibung scharfer Stoffe an den vorher geätzten Hautstellen (Baunscheidtiren) entstanden waren; in einem dieser Fälle hatte sich aus den Pusteln gangränöser Decubitus entwickelt.

Winternitz erinnert an die besonders durch Myelitis und Nervenverletzung auftretende spontane Gangrän. Bei einem Patienten mit Tabes dolorosa fanden sich an verschiedenen Stellen des Körpers (Unterschenkel, Vorderarm, Hypogastrium) gangränöse Stellen vor, die durch irrthümliche subcutane Injection von Chloroform (anstatt Morph.) entstanden waren. Die trockene Gangrän kann, wie sich der Vortragende wiederholt überzeugte, ungefähr 4—5 Stunden nach Chloroform-Injection auftreten. Der Redner demonstrirt ein Kaninchen mit einem ausgebreiteten Hautschorf, der 6 Stunden nach einer von W. gemachten Chloroform-Injection ausgebildet war.

Stauungsdermatosen.

26. **Quincke**. Ueber acutes umschriebenes Hautödem. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 1. 1882.)

27. **Gull**. On a cretinoïd state supervening in adult life in Women. (Trans. of the clin. Soc. of London. Vol. VII. p. 180. 1873.)

28. **Ord**. On Myxoedema. (Med. chirurg. Transact. Vol. LXI. p. 57. 1877.) — Clinical lecture on Myxoedema. (Brit. med. Journ. Tom. I. p. 626. — Transact. of the Clin. Society of London. 10. Oct. 1879. T. 15. p. 15. Vol. XIII. 1880.)

29. **Olive**. Sur le myxoedème. (Arch. gén. de méd. T. I, Juni 1879.)

30. **Charcot**. Leçon clinique à la Salpétrière sur la Cachexie pachydermique. (1879.)

31. **Savage**. Myxoedema and its nervous symptoms. (Journ. of mental science. p. 417. Jan. 1880.)

32. **Goodhart**. Cretinism sporadic and Myxoedema. (Med. Tim. Mai 1880.)

33. **Hadden**. Du myxoedème. (Progrès méd. Nr. 30 u. 31. 1880.)

34. **Ballet**. Cachéxie pachydermique, — myxoedème des auteurs anglais. (Progrès méd. Nr. 30. 1880.)

35. **Thaon.** Cachéxie pachydermique, oedème crétinoïde, myxoedème. (Revue mens. de méd. et chirurg. p. 614. — Paris méd. 33. Dec. 1880.)
36. **Bourneville et d'Olier.** Note sur un cas de crétinisme avec myxoedème, cachéxie pachydermique. (Progrès médical Nr. 35. 1880.)
37. **Ingliss.** Two cases of myxoedema. (The Lancet p. 496. Vol. II. 1880.)
38. **Hammond.** Ders. Gegenst. (Clin. Record Nr. 4. p. 97. 1880) und: On myxoedema with special reference to its cerebral and nervous symptoms. (Neurological contributions, Vol. I. Nr. 3. 1881.)
39. **Duckworth.** Two cases of myxoedema. (The Lancet T. II. p. 815. 1880.)
40. **Charcot.** Ders. Gegenst. (Gaz. d. hôpit. Nr. 10. 1881.)
41. **Mercer.** Ders. Gegenst. (Med. Record, New-York, XIX. 1881.)
42. **Clarck.** Ders. Gegenst. (The Lancet p. 138. 1881.)
43. **Lloyd.** Ders. Gegenst. (The Lancet p. 138. 1881.)
44. **Morván.** Ders. Gegenst. (Gaz. d. hôpit. Nr. 107. 1881.)
45. **Ridel-Saillard.** Ders. Gegenst. (Gaz. d. hôpit. Nr. 110 u. f. 1881.)
46. **Merklen.** Ders. Gegenst. (Annal. de Derm. 2. Heft. 1881.)
47. **Blaise.** Observation de cachéxie pachydermique avec aliénation mentale transitoire. (Rev. et observ. nouv., Arch. de neurolog. VIII. Nr. 7, 8. 1882.)
48. **Arndt.** Myxödem. (Real-Encykl. d. ges. Heilk. IX. Bd. 1882.)
49. **Barthélemy.** Das cretinoide Oedem, Myxödem oder Cachéxie pachydermique. (Monatsh. f. prakt. Derm. Nr. 3, 1882.)

Quincke beschreibt (**26**) ein acutes umschriebenes Hautödem, welches auch Dinkelacker jüngst in einer Dissertation nach den bei Quincke beobachteten Fällen geschildert hat.

Dasselbe manifestirt sich in dem Auftreten ödematöser Schwellung der Haut und des Unterhautzellgewebes an umschriebenen Stellen von 2—10 und mehr Centimeter Durchmesser. Diese Schwellungen finden sich am häufigsten an den Extremitäten, besonders in der Umgebung der Gelenke, aber auch am Rumpf und im Gesicht, hier be-



sonders an den Lippen und den Augenlidern. Die geschwollenen Hautpartien sind nicht scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, auch an Farbe der letzteren gleich oder sogar blass und durchscheinend, seltener etwas geröthet. Gewöhnlich empfinden die Kranken darin nur etwas Spannungsgefühl, selten Jucken. — Von ähnlichen Schwellungen können gleichzeitig auch die Schleimhäute befallen werden, so namentlich die der Lippen, des Gaumensegels, des Pharynx und Larynxeinganges, sogar bis zu solchem Grade, dass erhebliche Athemnoth entsteht. Auch auf Magen- und Darmschleimhaut dürften, nach den in einem Falle anfallsweise auftretenden gastrischen und intestinalen Symptomen zu schliessen, solche umschriebenen Schwellungen vorkommen. — In einem Falle traten auch wiederholte seröse Ergüsse in den Gelenken auf.

Diese Schwellungen treten nun plötzlich, gewöhnlich an mehreren Stellen zugleich auf, erreichen in einer bis einigen Stunden ihr Maximum, um eben so schnell zu verschwinden, nachdem sie mehrere Stunden bis einen Tag bestanden haben. Während des Verschwindens der einen entstehen öfter neue Eruptionen an anderer entfernter Stelle, so dass sich das Leiden auf diese Weise durch mehrere Tage und selbst Wochen hinziehen kann.

Das Allgemeinbefinden ist gewöhnlich nicht gestört; in einigen Fällen bestand ausser prodromalem subjectivem Unwohlsein auch während der Eruption allgemeines Krankheitsgefühl, leichte Benommenheit des Kopfes, Durst und Verminderung der Harnmenge. Temperaturerhöhung wurde nie beobachtet.

War das acute Oedem bei einem Individuum einmal vorhanden, so kehrt es leicht in neuen Anfällen wieder und zwar gewöhnlich an den früheren Prädilectionsstellen. Die Wiederholung geschieht bald in unregelmässigen Intervallen, bald in regelmässigem, durch Jahre wiederholtem, etwa wöchentlichem Typus.

Als Gelegenheitsursachen kann man zuweilen Abkühlung der Haut, Erkältung, körperliche Anstrengung nachweisen.

Bei Männern scheint das Leiden häufiger vorzukommen, als bei Weibern. Die befallenen Individuen waren sonst gesund, einige etwas nervös erregbar. Von einem Patienten, bei welchem die Anfälle in ziemlich regelmässigen Intervallen auftraten, vererbte sich das Leiden auf seinen Sohn und äusserte sich bei diesem schon im ersten Lebensjahre.



Aeusserlich, wie in der Art des Auftretens, hat das acute umschriebene Oedem eine gewisse Aehnlichkeit sowohl mit Erythema multiforme, wie mit Urticaria, auch kommen Uebergangsformen dazu vor, die reinen Fälle unterscheiden sich aber, abgesehen von der häufigen Betheiligung der Schleimhäute durch die geringere Röthung und die stärkere, auch auf das Unterhautzellgewebe sich erstreckende Schwellung, durch die verschiedenen Prädilectionsstellen und (gewöhnlich) den Mangel des Juckens. Gegenüber dem Erythema multiforme komme noch die Tendenz zur sprungweisen (nicht flächenhaften) Verbreitung hinzu. Gegenüber dem Erysipelas komme ebenfalls letzteres Moment, die grössere Flüchtigkeit der Eruption und das Fehlen erheblichen Fiebers in Betracht.

Das Erythema nodosum unterscheide sich vom acuten umschriebenen Oedem durch die Bevorzugung der Unterextremitäten und den viel längeren Bestand der einzelnen Anschwellung.

Nach der ganzen Art seines Auftretens sei das acute umschriebene Oedem der Haut und Schleimhäute wohl als Angioneurose anzusehen. Freilich dürfte es sich aus (dem Ausfall von) rein motorischen Einflüssen auf die Gefässmuskeln wohl nicht erklären lassen, sondern dürfte eine unter Nerveneinfluss stehende Aenderung der Transsudationsfähigkeit der Gefässwand anzunehmen sein, — wodurch der Vorgang dann der eigentlichen Entzündung näher verwandt erscheint. Als Analoga des acuten umschriebenen Hautödems möchte Verf. die nicht seltenen menstrualen Oedeme, die intermittirenden Oedeme nach Malariafiebern und die sogenannten typischen Gelenkschwellungen ansehen.

Für die Behandlung des, namentlich bei öfterer Wiederholung lästigen Leidens gewährte in einigen Fällen Regulirung der Lebensweise, namentlich der Verdauung, prophylaktischen Nutzen. Der einzelne Anfall konnte durch Ruhe, Fussbäder, Ableitung auf den Darm zuweilen gekürzt werden. Auch Atropin scheint vortheilhaft zu wirken. Oedem des Larynxeinganges machte einige Male Scarificationen nothwendig.

Einer sachgemässen Zusammenstellung der Literatur des erst in den letzteren Jahren bekannt gewordenen Myödems von Barthelemy (**49**) entnehmen wir zum Theile folgende Daten:

Die erste Mittheilung über diese Erkrankung machte Gull am 23. October 1873 der klinischen Gesellschaft zu London. Nach fünf



Fällen, welche er selbst beobachtete, beschrieb er exact das eigenthümlich starre Oedem, welches in einer charakteristischen Art und Weise den ganzen Körper, und vorwiegend das Gesicht und die Extremitäten entstellt. Damals glaubte er noch, dass nur das weibliche Geschlecht davon befallen werden könne, und dass stets ein dem Cretinismus ähnlicher intellectueller Zustand vorwalten müsse; er bezeichnet daher diese neue Affection als cretinoides Oedem, welches nur bei erwachsenen Frauen vorkomme.

Im Jahre 1877 wurden zwei neue Fälle, welche ganz dem von Gull beschriebenen Typus entsprachen, von Ord (28) mitgetheilt. Auch diesmal waren es zwei Frauen. Bei dem einen Fall wurde die Mittheilung von den Resultaten der Nekroskopie begleitet; Ord entwickelte dabei, dass die allgemeine Infiltration der Haut und des Unterhautzellgewebes weder dem Fette noch einer ödematösen Flüssigkeit zukomme, sondern einer eigenthümlichen, dem Ansehen nach gelatinösen Materie, welche beim Einschneiden nicht ausfliesst, und welche alle chemischen und histologischen Eigenschaften eines schleimigen Gewebes darbietet. Diese eigenthümliche Materie soll constituirt werden durch die übermässige Entwickelung der intercellulären Kittsubstanz, vielleicht auch gleichzeitig durch eine gallertige Infiltration. Diese Infiltration führt im weiteren Verlaufe zur Atrophie aller anderen Elemente des inneren und äusseren Ueberzuges, woher dann der Haarverlust, das Schwinden der Schweiss- und Talgsecretion, die Verminderung der peripherischen Temperatur, die Blässe der Hautfarbe, die Abnahme und Abspannung der Sensibilität rühren würde. Die Infiltration in die Leber, in die Schleimhaut des Magens und des ganzen Darmtractes würde Veranlassung geben zu Störungen der Verdauung und der Ernährung und endlich zu hochgradiger Constipation führen. Aus all diesen Momenten müsse es nach kürzerer oder längerer Zeit zur Cachexie kommen.

Im December 1879 hielt Charcot (30) einen Vortrag in der Salpetrière über die „Cachéxie pachydermique", wie er die Krankheit nennt. Er hatte selbst schon eine grössere Anzahl von Fällen dieser Art, theils in Frankreich, theils in Italien und Spanien gesehen, und bereitete gerade zu der Zeit die Publication vor, als die Arbeit von Ord erschien. Die Beobachtungen von Charcot zeigten klar, dass die Krankheit, sowohl bei Männern als bei Weibern, in kalten und warmen Klimaten, im jugendlichen Alter und bei Erwachsenen auf-



treten könne. Charcot ist der Ansicht, dass die Störungen der Geistesthätigkeit direct von einem eigenthümlichen Zustande des Gehirns herrühren. Der Mangel einer Autopsie erlaubte ihm nicht, seine Analyse eingehender zu machen.

Savage (31) war der erste, welcher von einem Falle von Myxödem bei einem Manne in England Mittheilung machte. Goodhart (32) glaubt einen Fall von Myxödem bei einem vierjährigen Kinde beobachtet zu haben.

Bourneville und d'Olier (33) veröffentlichten einen Fall eines verkrüppelten, idiotischen 19jährigen Individuums, bei dem Charcot während einer Visitation im Bicêtre das Myxödem entdeckte. Bei diesem Unglücklichen soll bis zum Alter von 15 Monaten nichts Eigenthümliches beobachtet worden sein; zu dieser Zeit begann das Myxödem, welches jede weitere Entwickelung des Gehirns verhinderte, woher auch der Idiotismus stammte. Die Haut ist rauh und dick, unempfindlich gegen Kitzeln. Arndt (48) hat in Fällen von Myxödem ein Mal Anidrose, ein zweites Mal Paridrose (Moschusgeruch), ein drittes Mal Parasteatosen gefunden. Die Kranken boten eine besondere Empfindlichkeit gegen Kälte dar.

Ingliss (37) (2 Fälle) räumt eine besondere ätiologische Wichtigkeit dem Kummer, moralischen und physischen Erschütterungen, häufigen Entbindungen ein. In der That entwickelte sich bei einer Frau drei Monate nach einer heftigen Emotion der ganze eigenthümliche Symptomencomplex: langsam fortschreitendes Oedem an den Augenlidern, Händen, Extremitäten und Stamm, die Augenlider besonders sind geschwollen, wulstig und wachsfarben; die Nase breit gedrückt, die Lippen verdickt, die Unterlippe vorstehend, so dass der ganze Gesichtsausdruck verloren ging. Die Zunge scheint zu gross für den Mund zu sein, woher die langsame Sprache und beeinträchtigte Articulation stammte, wie Charcot sich ausdrückt, als ob der Mund voll Brei wäre. Die Finger sind schaufelförmig; nirgends konnte ein Eindruck in das ödematöse Gewebe gemacht werden; die Haut rauh, trocken, kalt, mit verminderter Empfindlichkeit, keine musculäre Atrophie, aber Mangel an Kraft; der Herzstoss langsam und schwach, aber die Töne rein; im Harne nichts Abnormes. Ingliss beobachtete bei seinen Kranken eine Verminderung der Faradischen Erregbarkeit der Muskeln, der Extremitäten und des Gesichtes. Die Erscheinung tritt nicht ein bei den Kranken, bei welchen das Myxödem



noch nicht völlig oder wenig entwickelt ist; er glaubt, dass diese Verminderung der Contractilität der Muskeln nicht einer Degeneration der peripherischen Nervenelemente zuzuschreiben sei, sondern von dem mechanischen Hinderniss herrührte, welches die gallertige Infiltration auf die Erregbarkeit der Nervenendigungen erzeugt. Bei einem zweiten Kranken von Ingliss trat das Uebel in Folge eines melancholischen Anfalles mit Sinnesverwirrung ein; endlich trat effective Manie ein. Dieser Kranke hatte zwar eine erbliche Veranlagung zu Geisteskrankheiten, aber nach Ingliss sind die intellectuellen Störungen beim Myxödem constant; sie variiren von der einfachen Melancholie bis zum Grössenwahn, auch glaubt er an eine Alteration des Centralnervensystems, als deren Folge die Veränderungen an der Haut angesehen werden müssten.

Duckworth (39) erwähnt zwei Fälle. Auch er erwähnt der schaufelförmigen Veränderung der Finger und des Vorkommens verschiedener Tumoren an der Haut, was auch schon von anderen Beobachtern erwähnt wurde.

Hammond publicirt (38) einen neuen, durch seine nervösen Erscheinungen merkwürdigen Fall. Die Empfindlichkeit der Haut, welche sich durch den Finger nicht wie sonst bei Oedem eindrücken lässt, ist vermindert oder verändert; so glaubt die Kranke immer auf einem Polster zu gehen und empfindet häufiges Gefühl der Einschnürung, die Kräfte sind stark gewichen, der Gang schwankend, die Incoordination besteht vorzüglich bei geschlossenen Augen, trotzdem existirte keine wahre Ataxia locomotrix; die centrale Temperatur, unter der Zunge gemessen, ist herabgesetzt (35,5°); im Allgemeinen lässt sich eine bemerkenswerthe Sinnesschwäche constatiren, und die Kranke ist selbst der geringsten geistigen Anstrengung unfähig; sie leidet an Gedächtnissschwäche, maniakischen Zufällen, Blödsinn. Der Verfasser führt die Aehnlichkeit an, welche zwischen dem Myxödem und der chronischen Arsenikvergiftung vorherrscht; er schreibt die Gehirnstörungen einer Anhäufung von gallertartigem Gewebe um die Nervenzellen zu; bei seiner Kranken sind die nervösen Störungen dem eigenthümlichen Oedem vorangegangen, was ihn meinen lässt, dass die centrale Nervenveränderung die primitive Erkrankung sei, und dass die Läsion der peripherischen Nerven, die daraus resultirt, nur in zweiter Reihe die Phänomene hervorrufe, welche an den Integumenten beobachtet werden.



Die Krankheit charakterisirt sich also (49) durch 3 Symptomgruppen: eigenthümlichen Geisteszustand — besondere Veränderung der Haut und des Unterhautzellgewebes — Verdauungsstörungen und hochgradige Anämie. Diese Phänomene werden hervorgerufen durch die Infiltration einer mycoiden Substanz in die Gewebe, auch die der Eingeweide, in Folge dessen die Organe einer gewissen Betäubung unterliegen. Die Infiltration beginnt gewöhnlich im Gehirne und seinen Häuten und dehnt sich nach und nach über den ganzen Organismus aus, wodurch dann das erwähnte klinische Bild vervollständigt wird. Bei der histologischen Untersuchung zeigen sich die fibrillären Elemente des Bindegewebes geschwellt, die Kerne vergrössert, welche Veränderungen man gut im Corium, der Umgebung der Drüsen und Haarfollikel, und in der Tunica der Gefässe sehr gut sieht. Die Adventitia ist von vierfacher Dicke, zahlreiche Fibrillen sind durch eine reichliche interstitielle Substanz auseinander gedrängt; die Media ist gleichfalls verdickt, ja man sieht auf manchen Schnitten, dass diese Verdickung zu einer vollkommenen Obliteration der Gefässe geführt hat. In den Nieren findet man eine Obliteration der Glomeruli in Folge Verdickung ihrer Hülle; die Leberzellen sind auseinander gedrängt durch dieses gallertige Gewebe, welches sie nach und nach erstickt. Dasselbe Phänomen nimmt man in den Muskeln wahr. Die Schweissdrüsen sind atrophirt. Die Nervenendigungen in der Haut sind von einer transparenten Substanz umgeben, welche die einzelnen Bündel zu isoliren scheint. Bei einer Section, die Ord machte, waren die Nieren von einer aussergewöhnlichen Grösse und Härte, und fühlten sich wie Kautschuck an; die Oberfläche war glatt, nicht an der Kapsel haftend. Die histologische Untersuchung zeigte gleichfalls eine Vermehrung der fibrillären Elemente des Bindegewebes und einen grossen Reichthum an intercellularem Kitte, welcher die Fibrillen ungewöhnlich aus einander drängte. Ueberall erschien das Zellgewebe einer Degeneration zu unterliegen, welche eine grosse Aehnlichkeit mit der Wharton'schen Sulze besass. In zwei Fällen war der Tod eingetreten unter den Symptomen einer Nierenerkrankung, in einem ferneren unter den Zeichen einer Herzkrankheit; bei der Section fand man eine interstitielle Nephritis und starke Verdickung der Mitral- und Aortenklappen. Eine histologische Untersuchung des Gehirns ist bis heute nicht gemacht worden. Wir sind daher in pathologisch-anatomischer Hinsicht noch weit von der Kenntniss des Myxödems entfernt.



Arndt glaubt, (48) dass es sich um insufficiente Lymphbahnen und in Folge von Stauungen dann um Mucin-Ablagerung handle.

Die Krankheit ist progressiv und langwierig, stets fatal endigend; die Kranken erliegen verschiedenen visceralen Affectionen; alle Klimate und Alter und beide Geschlechter stellen ihr Contingent, im Allgemeinen scheint aber das weibliche Geschlecht mehr dazu disponirt zu sein, da wir bei 25 Beobachtungen, bei denen das Geschlecht angegeben ist, 17mal das weibliche antreffen.

Die Behandlung ist eine rein symptomatische; Charcot hat bei einigen Fällen Besserung von Milchdiät, Schwefelbädern, Massage, Aufenthalt in trockenem Klima unter Verabreichung von Tonicis in hohen Dosen gesehen; im Allgemeinen müssen wir uns auf die Befolgung hygieinischer Anforderungen beschränken und trachten, die Ernährung möglichst zu heben. Arndt empfiehlt bei umschriebenen Fällen die Massage.

Epidermidosen.

50. **Hack.** Ueber oberflächliche Excoriationen an der Zunge. (Monatschr. für prakt. Dermat. Nr. 2. 1882.)

51. **Gautier.** Die epitheliale Desquamation der Zunge. (Revue méd. de la Suisse Romande Nr. 10, 15. Oct. 1881.)

52. **Unna.** Eine besondere Eigenschaft der Salicylsäure. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 4. 1882.)

53. **Greve.** Jodkali in grossen Dosen speciell bei Psoriasis. (Tidsskrift for praktisk Medicin Nr. 16. Christiania 1881.)

54. **Schultz.** Ueber Psoriasis und deren Behandlung. (Broch. Kreuznach 1882.)

55. **Pick.** Zur Therapie der Psoriasis. (Sitzung des Vereines deutscher Aerzte in Prag. 1882. — Allg. med. Central-Zeitg. 17. 1882.)

56. **Neumann.** Ein Fall von Lichen ruber der Schleimhaut. (Anzeiger d. Ges. d. Aerzte. Wien, Nr. 26. 1881.)

57. **Pospelow.** Ein Fall einer seltenen Hautkrankheit. (Petersb. med. Wochenschr. Nr. 44. 1881.)

58. **Crocker.** Ueber Schleimhautaffectionen bei Lichen ruber vel planus. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. Nr. 6. 1882.)



59. Unna. Ueber Heilung des Lichen ruber ohne Arsenik. (Monatschr. für Dermat. 1. 1882.)

Hack (50) war es in zwei Familien seiner Privatpraxis möglich, die Neigung zu Desquamationsprocessen an der Zunge durch drei Generationen hindurch zu verfolgen. Irgend welche auf hereditäre Syphilis hinweisende Momente wären unter diesen Umständen doch wohl kaum der Erwähnung entgangen, so dass es ausser Frage scheint, dass hereditäre Lues als veranlassendes Moment der Desquamationsprocesse an der Zunge sicher ausgeschlossen werden kann, was entschieden gegen die Annahme Parrot's (31 Fälle s. Ann. de Derm. 1881) vom durchwegs syphilitischen Ursprunge der Affection spricht.

Betreffs der Heredität hält Verf. sich nur zum Schlusse berechtigt, dass ganz allgemein die Neigung zu Exfoliationsvorgängen an der Zunge facultativ, nicht obligatorisch vererbbar ist. Die Frage, ob diese Affectionen angeboren vorkommen oder erst nach der Geburt sich entwickeln, muss Verf. ebenfalls offen lassen. Dass weder eine sehr schwierige Dentition, noch eine acquirirte Lues, selbst bei in der Familie liegender Neigung zu Excoriationsbildung, nothwendig zu dieser Erkrankung führen muss, zeigt seine letzte Beobachtung. Wichtig scheint ferner die Thatsache, dass Verf. mit Gubler stets nur ein continuirliches Fortschreiten der gelbumrandeten Excoriationen beobachtete, im Gegensatz zu Unna's und Caspary's (diese Viertljschrift 1881) Mittheilung der sprungweisen Ortsveränderung derselben. Eigen bleibt es, dass diese gelbumrandeten Stellen auch in seinen Fällen nur beim weiblichen Geschlecht beobachtet wurden. Von Interesse dürfte von diesem Gesichtspunkte aus sein, dass Verf. bei 600 Soldaten die Zungen zu besichtigen Gelegenheit hatte, zwölfmal rothe Excoriationen atypischer Natur vorfand, aber nicht einmal die gelbumrandeten. Therapeutisch hat Verf. die von Unna empfohlenen Mittel neben anderen längere Zeit versucht, einstweilen ohne nennenswerthen Erfolg.

Die aufmerksame Lecture der einschlägigen Literatur, sowie eine minutiöse Beobachtung einer grösseren Anzahl von Fällen gibt Gautier (51) Veranlassung, drei Formen von epithelialer Desquama-

tion der Zungenschleimhaut zu unterscheiden. Jede derselben besitzt gewisse Eigenschaften, die auch den beiden anderen gemeinsam sind; andererseits lassen sich aber zwischen diesen drei Gruppen ganz deutliche und charakteristische Unterschiede constatiren, die eben ihre verschiedene Eintheilung ermöglichen. Der ersten Gruppe gibt Verf. den Namen Desquamation à decoupures nettes; man könnte sie auch als geographische Desquamation bezeichnen, weil bei ihr die Zungenschleimhaut eine auffallende Aehnlichkeit mit einer Landkarte bietet. Der zweiten Gruppe, deren Kenntniss wir hauptsächlich Gubler, Bridon und Caspary verdanken, gibt Verf. den Namen Desquamation à contours festonnés und die dritte Gruppe nennt er Desquamation lichenoïde, ein Name, den Gubler in die Literatur einführte. Die Affection, die Letzterer jedoch unter dieser Bezeichnung verstand, reiht G. in seine zweite Gruppe, während er unter lichenoïder Desquamation etwas anderes verstanden haben will. Die hauptsächlichsten Charaktere dieser verschiedenen Formen lassen sich kurz in folgenden Punkten zusammenfassen: In der ersten Form sind die Ränder der Plaques wie mit einem Schusterkneip ausgeschnitten, nicht verdickt und nicht ausgeschweift, die des Epithels behaupten beinahe constant dieselben Dimensionen und der ganze Process hat keinen stürmischen Verlauf. Die zweite Form bietet verdickte und ausgeschweifte Ränder, sowie einen stürmischen Verlauf. In der dritten Form begegnet man einer serpiginösen Abgrenzung; die Ränder sind durch Plaques ausgeschweift, wie bei Form II, aber ihr Auftreten ist ein verschiedenes, da die Krankheit mit einer allgemeinen Epithelialwucherung der Gesammtoberfläche der Zunge beginnt, der eine gleichförmige Lage von Pseudomembranen folgt, nach welcher erst die Abschuppung in kleinen Filamenten oder Fetzen auftritt. G. ergeht sich sehr ausführlich über die pathologische Anatomie, die Symptome, den Verlauf, die Dauer, Aetiologie, Diagnose und Therapie aller drei von ihm aufgestellten Gruppen, und fügt seiner Arbeit drei colorirte Tafeln bei, denen wir eine etwas grössere Präcision gewünscht hätten. Bei dieser Gelegenheit kann Ref. den schon lange gehegten Wunsch nicht unterdrücken, das gesammte Gebiet der verschiedenen Zungenaffectionen endlich einmal in geordneter und erschöpfender Weise behandelt zu sehen, wozu in vorliegender Arbeit sowie in jenen von Caspary und Unna ein anerkennenswerther Anfang gemacht erscheint.

Schiff.



Die Salicylsäure ist nach Unna (52) ein sicheres Mittel, um die normale oder pathologisch verdickte Hornschicht in beliebiger Ausdehnung als eine fest zusammenhängende, nicht abblätternde, weisslich verfärbte Membran schmerzlos abzuheben. Es wäre interessant zu untersuchen, ob diese Wirkung durch einen Einfluss der Salicylsäure auf die Hornzellen selbst oder deren Kittsubstanz (Gerbung) zu Stande kommt. Die Abhebung findet stets innerhalb der Hornschicht statt und zwar in um so grösserer Tiefe, je stärker die Concentration des salicylhaltigen Mittels und je dicker die Hornschicht war. Niemals hat Verf. eine nässende Oberhautfläche nach der Abhebung constatirt, wohl aber eine mit so dünner Hornschicht bekleidete, dass sich die spiegelnde Fläche tiefroth und sehr empfindlich gegen Berührung erwies. Ein reducirender Einfluss auf den Gesammtpapillarkörper ist dabei fraglos.

Einzelne Andeutungen einer solchen Wirkung existiren bereits in der Literatur, so die Empfehlung des Salicylcollodiums gegen Leichdörner. Für alle Arten von Schwielen mit oder ohne Papillarhypertrophie, für syphilitische und nichtsyphilitische Psoriasis der Handteller und Fusssohlen, für Schuppenanhäufungen jeglicher Herkunft, genug für die meisten Parakeratosen ist daher die Salicylsäure wegen ihrer geruch- und schmerzlosen, nicht färbenden und die Umgebung nicht reizenden Eigenschaften das angenehmste und sicherste keratolytische Mittel. Prägnant kann der Erfolg totaler Abhebung aber nur bei gleichzeitiger Bedeckung mit impermeablen Stoffen und Erweichung der Hornzellen zur Anschauung gelangen, also nicht beim einfachen Aufpinseln wässeriger, alkoholischer und ätherischer Lösungen, dem einfachen Aufstreichen von Salben. Dagegen ist das Salicylcollodium ein hiefür zweckmässiges Mittel. Ebenso gelangt man durch Auflegen von 10 procentiger Salicylsalbe, resp. -salbenmullen und Guttaperchabedeckung zum Ziele. Am zweckmässigsten ist aber natürlich das einfache Aufkleben eines Guttapercha-Salicylpflastermulles von 5 bis 20 Gr. Salicylsäure pro Rolle je nach der Dicke der Hornschicht. Nachdem der Verband 4 bis 8 Tage gehaftet, kann man letztere wie einen Handschuh abziehen. Der Salicylpflastermull ist daher auch das Leichdornpflaster *κατ ἐξοχήν* und in seiner Wirkung ebenso prompt wie ein 10 procentiges Salicylcollodium.

Greve (53) hat es schon vor 20 Jahren versucht, das Jod in grossen Gaben bei Leprösen in Anwendung zu ziehen und hat dabei



bemerkt, dass die Jodmittel in grossen Dosen ein grösseres Vermögen besitzen, chronische Entzündungsprodukte zum Schwinden zu bringen, als unsere gewöhnliche Praxis und die Lehrbücher ihnen beilegen. Speciell sagt Verf., dass er nach seiner vieljährigen Erfahrung das Jodkalium in grossen Dosen als ein sicheres Mittel gegen Psoriasis mit der grössten Zuversicht empfehlen kann. Er hat das Mittel bei Erwachsenen und bei Kindern angewendet und nie irgend einen schädlichen Einfluss davon gespürt. Bei schwacher Verdauung wird ein bitteres Extract der Jodkalilösung zugesetzt.

Die Kur beginnt mit einer Lösung (10,00—300,00) 1 Esslöffel voll 3—4 mal täglich. Den 2. oder 3. Tag muss jedoch häufig das Mittel wegen Kopfweh und Uebelsein einen Tag über ausgesetzt werden, wonach die Kur meistens unausgesetzt zu Ende geführt werden kann, indem für jede neue Portion (300,00 Grm.) weitere 5 Grm. Jodkali zugesetzt werden. Wenn jede einzelne Dosis 1 Grm. erreicht hat, stellt sich ab und zu etwas Schwindel und Schläfrigkeit ein und es wird dann ein paar Tage nur die halbe Dosis gegeben. Später zeigen die Patienten eine merkwürdige Toleranz. Verf. lässt nun immer fort die Solution stärker nehmen bis zu 30,00—300,00 und er ist ohne Schaden bis zu 40,00 auf 300,00 gestiegen. Wenn die Dosis 1 Gramm erreicht hat, beginnt das Mittel seine Wirkung auf die Hautkrankheit auszuüben, aber erst wenn die Einzelgabe 2—2,50 Gramm beträgt, beginnt die Krankheit schnell zu schwinden. Die gewöhnlich leichter afficirten Partien im Gesichte heilen zuerst, dann am Hals, Brust und Rücken, zuletzt an den Extremitäten, wo die manchmal grossen, verdickten Hautpartien am Ende wie glänzende Narbenflächen aussehen. Bei einem 5jährigen Kinde wurden anfangs 2,50 in der Woche gegeben, zuletzt aber 5,00 Grm. in der Woche. Die Krankheit schwindet bei dieser Medication ohne irgend eine Localbehandlung, welche letztere jedoch die Kur etwas unterstützen und beschleunigen kann. (Ref. hat eben heute — 23. Februar 1882 — ein noch nicht 5 Jahre altes Mädchen gesehen, das von einer sehr hochgradigen, beinahe universellen Psoriasis befallen war und seit dem 2. Jänner 1882 ohne Spur einer schädlichen Wirkung 79,00 Gramm Jodkali genommen hat; sie nimmt jetzt Solut. jodii. kalici (30,00—250,00) 1 Kinderlöffel 4 mal täglich. Die Krankheit ist jetzt bei dieser Behandlung in raschem Zurücktreten. Locale Mittel sind gar nicht zur Anwendung gekommen.

Boeck.

Das von **Schultz** in Kreuznach (**54**) in letzter Zeit allein gegen **Psoriasis** angewandte Mittel ist das **Goapulver**, welches er statt des in ihm enthaltenen Chrysarobin zuerst mit, später ohne Essigsäure mit Vaselin und Ungt. leniens in Salbenform verordnete. Seine Methode besteht nun in Folgendem: Pat. erhält zunächst ein Kreuznacher Bad von 26—27° R. und einstündiger Dauer, wird nach der ersten halben Stunde mit Sapo venet. im Bade eingerieben und nach Ablauf der Stunde abgetrocknet. Diese Procedur hat den Zweck gründlicher Entfernung der Psoriasisschuppen, worauf Verf. grossen Werth legt. Nach dem Bade werden alle erkrankten Partien oder der ganze Körper mit der besprochenen, aus Vaselin und Ungt. leniens und $^1/_8$ Goapulver bestehenden Salbe eingerieben. Am nächsten Tage erhält der Kranke am Morgen je nach der Resistenz der Haut und der Dicke der aufgelagerten Schuppenmassen entweder ein Schwitzbad oder wieder ein einstündiges, mit Seifenabwaschung verbundenes Kreuznacher Bad von 26—27° R. mit folgender Application der Salbe und am Abend wird letztere wiederholt. Am dritten Tage gleiches Verfahren; nur wurde dann bei ausbleibender oder geringer Reaction die Salbe durch Pulverzusatz bis auf 25° verstärkt. Der Effect bestand nun in schneller, bedeutender Abschuppung und in starker Röthung und Schwellung der umgebenden, vorher normalen Haut, wie Verf. dies durch beigegebene colorirte Tafeln veranschaulicht. Am dritten, vierten Tage zeigten sich die erkrankten Stellen frei von Schuppen und blasser als die vorher normale, jetzt rothe und geschwollene Haut; ausserdem war mehr oder weniger heftiges Jucken vorhanden, welches durch die Bäder gemildert wurde; war dasselbe sehr intensiv, so wurden Abends die Bäder wiederholt oder warme Süsswasserbäder verordnet, auch die abendliche Salbeneinreibung weggelassen. Bäder und Einreibungen wurden so lange fortgesetzt, bis sich nach der Abwaschung die psoriatischen Partien in nichts mehr von der vor der Kur normalen Haut unterschieden. Daneben wurde kräftige Kost verabreicht; eine gleichzeitige innere Medication fand aber dabei nicht statt. Unmittelbar nach dem Bade musste Pat. einige Zeit im Bette verweilen, dagegen war in den Mittagsstunden Bewegung im Freien gestattet. Als Nachkur erfolgten dann noch einige anfangs laue, dann kühle nasse Abreibungen. Die Dauer der Kur erforderte je nach der Intensität des Falles 3—10 Wochen. Mit dieser Methode nun glaubt Verf. die Psoriasis immer dauernd heilen, also auch Recidive verhüten zu können,



obgleich auch anderwärts das Mittel (Chrysarobin) und ähnliche Methoden (vorangehende Seifenbäder etc.) mit gutem, aber nicht dauerndem Erfolge in Gebrauch sind; vielleicht beruht sein Erfolg darin, dass Sch. die Kur so lange fortsetzen lässt, bis die psoriatischen Stellen der normalen Haut völlig gleich geworden sind, da er ja auch bei früherem Abbrechen der Kur Rückfälle zu verzeichnen hat. Um ein Hineingelangen der Salbe ins Auge zu verhüten, lässt der Verf. die Pat. Nachts eine Augenbinde, am Tage Handschuhe tragen, und beim Waschen des Gesichtes die Augen schliessen. — Die Wirkung des Chrysarobins besteht nach Verf. darin, dass durch dasselbe das Epithel schnell mortificirt, in Folge dessen Nährboden zu Ungunsten der Pilzentwicklung verändert und ausserdem die Pilzelemente direct getödtet werden.

Was die Pathologie der Psoriasis betrifft, schliesst sich nämlich Verf. den Expositionen von Lang über den Psoriasispilz an, die auch Auspitz in seinem System der Hautkrankheiten Wien 1881 in so weit anerkannt habe, dass der Verlauf der Psoriasis mit den Hautmykosen in Folgendem übereinstimme: Die Fortschreitung in Kreisen und Kreissegmenten und das Verheilen im Centrum. Das sich gegenseitige Vernichten auf einander stossender Plaqueränder durch Erschöpfung des Nährbodens. Die Nichttheilnahme der Schleimhäute, dagegen die Betheiligung der Nägel wie bei Mykosen. Das Vorkommen der Krankheit bei ganz gesunden Individuen. Der Mangel aller Entzündungssymptome. Dem gegenüber stelle Auspitz jedoch als von dem Pilz-Standpunkte aus noch schwer zu erklärende Momente: Die Vererbung, die sich jedoch nach Sch. wohl viel besser als eine eigenthümliche individuelle Beschaffenheit der Haut auffassen lässt, welche dem Psoriasispilz einen passenden Nährboden liefert. Die bisher nicht gelungene Heilbarkeit, sowie das Wiederkehren nach völligem Verschwundensein der Psoriasis, welchen Einwand der Verf. durch seine Erfolge für beseitigt hält; endlich den noch nicht geführten Beweis der Ueberimpfung oder Uebertragung durch Contact. Dass in dieser Beziehung ein positives Resultat noch nicht erzielt wurde, liege an den Schwierigkeiten, die hier der Impfung entgegenstehen, da die Haut der Thiere einen Nährboden für diese Efflorescenzen nicht zu bieten scheint. — Seine Schlussfolgerungen sind demgemäss folgende:



1. Die Psoriasis ist eine vollständig heilbare Hautkrankheit.

2. Die Psoriasis gehört zu den Mykosen der Haut und hat ihren Sitz sehr oberflächlich in der Epidermis, in welcher die krankhaften Veränderungen als Verhornungsanomalien zu betrachten sind.

Pick (55) bespricht die in den letzten Jahren namentlich gegen Psoriasis in Anwendung gekommenen Mittel, deren Erfolg zumeist ein problematischer geblieben sei. Die meisten Hoffnungen habe man auf das Chrysarobin gesetzt; allein auch dieses habe die Erwartungen nicht gerechtfertigt, da es in vielen Fällen, namentlich solchen mit stärkeren hyperplastischen Veränderungen der Cutis, weit hinter anderen Methoden, wie dem Theer, der Kautschuckleinwand etc. zurückbleibt, in jenen Fällen aber, in denen es sich durch rasche Wirkung und andere Vorzüge bewährte, durch Nebenwirkungen in seiner Anwendung wesentlich beeinträchtigt wurde. Die häufig auftretenden Erytheme, die oft sehr heftigen Conjunctividen, die lang andauernden Verfärbungen der Haut auch an Stellen, welche nicht unmittelbar mit der Chrysarobinsalbe bestrichen werden, sowie endlich die Verfärbung der Wäsche mussten der Anwendung dieses Mittels Eintrag thun auch in jenen Fällen, wo man sich von demselben Nutzen versprechen durfte. Nach dieser Richtung hin war P. bestrebt, dadurch Abhilfe zu schaffen, dass das Mittel derart gebunden wurde, um nur eine ganz locale Wirkung ausüben zu können. (Die Anwendung des Chrysarobins nach dem Vorgange von Sesemann in Verbindung mit Collodium 1 : 100 habe zwar vielen Uebelständen abgeholfen, dagegen sich als schmerzhaft erwiesen). P. wandte deshalb eine Chrysarobingelatine an, welche in verschiedenen procentualen Verhältnissen versucht wurde und durch welche das Chrysarobin von allen von dem Vortr. früher angeführten Uebelständen befreit wurde, ohne an seinen guten Wirkungen einzubüssen. Er glaubt, dass die günstige Wirkung der Chrysarobingelatine auch in den Fällen mit starken hyperplastischen Cutisveränderungen zu einem nicht unwesentlichen Theile dem durch die Gelatine allein hervorgerufenen gleichmässigen Drucke zuzuschreiben sei, und verweist in dieser Beziehung auf einen früheren Vortrag im Vereine deutscher Aerzte über die Anwendung der Salicylsäure bei Erfrierungen.



Von Neumann, Pospelow und Crocker (**56, 57, 58**) wurden in der letzten Zeit Fälle von Lichen ruber bekannt gemacht, bei welchen sich auch Affectionen der Schleimhäute vorfanden, wie schon früher Wilson und Hutchinson angegeben hatten. In einem Fall des letzteren, den Crocker beschreibt, waren blos Streifen und Flecken an der Backenschleimhaut und den Seiten der Zunge, in einem zweiten Falle auch Plaques auf dem Rücken der letzteren, sowie einen ähnlichen auf der Corona und im Sulcus glandis. Pospelow beschreibt sogar Knötchen auf der oberen Zungenfläche und auf dem harten Gaumen, gruppenweise oder in Form eines perlmutterartigen Ringes aufsitzend.

Unna ist (**59**) zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Lichen ruber exsudativus eine durch sehr energische, aber rein äusserliche Behandlung heilbare Krankheit ist. Von 13 Fällen von Lichen ruber, welche Verf. im Verlaufe des letzten Jahres behandelte, sind 6 Fälle mit principiellem Ausschluss des Arseniks allein durch eine combinirte Carbol-Sublimat-Schmierkur in dem kurzen Zeitraume von 8 Tagen bis zu 3 Wochen definitiv geheilt worden.

Die Salbe, welche Morgens und Abends reichlich über den ganzen Körper eingerieben wurde, hatte mit unwesentlichen Modificationen folgende Zusammensetzung:

Ung. Zinci benzoati 500,0 gr.
Acidi carbolici 20,0 gr. (4%)
Hydrarg. bichlor. corros. 0,5—1,0 gr. (1—2‰).
M. f. ung.

Als Constituens hat Verf. statt der Zinksalbe auch Hebra'sche Salbe oder eine billige und ausgiebige Mischung von Oel, Kalkwasser und weissem Bolus, oder bei dicker Hornschicht auch einen Zusatz von 10,0 gr. Creta pp. zur ganzen Salbe benützt. Eine antieczematös wirkende Salbengrundlage sei jedoch bei der eczematophoren Wirkung der Carbolsäure und des Sublimats absolut nothwendig.

Die Kur wurde in allen Fällen vorzüglich vertragen. Stets gelang es, die Stomatitis durch ununterbrochene Mundspülungen mittelst chlorsauren Kali, Schwefelsuspensionen, Bepinseln des Zahnfleisches



mit den bekannten Mitteln fernzuhalten. Carbolurin am 2. und eine vorübergehende leichte Schwäche am 3. oder 4. Tage der Kur, die sich fast bei allen Patienten einstellten, hatten um so weniger zu sagen, als dieselben vom ersten Tage der Behandlung an sich sonst behaglich fühlten, die darauf folgende Nacht zum ersten Male seit vielen Nächten schliefen und noch vor Ende der Kur, in welche sie durch beständiges Jucken und schlaflose Nächte herabgekommen eintraten, die alte Frische und Kraft wiedererlangt hatten. Die Fälle zeigten zugleich eine feste Beziehung der Dauer dieser Kur zur Dauer des Leidens vor derselben. Die beiden Fälle, welche in 8 Tagen heilten, datirten erst 8 Tage vor Beginn der Kur zurück, in 2 Fällen von ca. 1—1½ Monate langer Dauer reichte eine 14tägige Schmierkur hin und in 2 Fällen von 6 Monaten, resp. 1 Jahre musste die Kur 3 Wochen ununterbrochen fortgesetzt werden.

Vf. hält demnach den möglichst sofortigen Beginn der Carbol-Sublimatschmierkur für die wesentlichste Bedingung der raschen Heilung eines Lichen ruber.

60. Angelucci. Ueber die parasitäre Natur des Molluscum contagiosum. (International Medical Congress 1881. — Monatsh. f. prakt. Dermat. 1. 1882.)

61. Thin. Ein ungewöhnlicher Fall von warzenartigen Excrescenzen im Gesichte. (Med. chir. Transact. Vol. LXIV. London 1881.)

62. Malherbe. Untersuchungen über das verkalkte Epitheliom der Talgdrüsen. (Internat. Med. Congr. London 1881.)

63. Boegehold. Ueber die Entwicklung von malignen Tumoren aus Narben. (Virchow's Archiv, Bd. LXXXVIII, Heft 2, 4. Mai 1882.)

64. Michelson. Ueber die malignen Formen der Alopecia pityrodes und der Alopecia areata. (Vortrag gehalten im Verein für wissensch. Heilk. zu Königsberg am 3. April 1882.)

65. Lassar und **Bishop**. Die Uebertragbarkeit der Alopecia prämatura. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 5. 1882.)

66. Campana. Ein Fall vom acutem Pemphigus. (Giornale Ital. delle Malatt. Vener. e della Pelle. 1879.)

67. Spillmann. Beitrag zur Geschichte des Pemphigus acutus und

68. Gibier. Das Mikrobium des acuten Pemphigus. (Annales de Dermat. et de Syphil. Tome II und III. 1881 und 1882).

Angelucci schildert (**60**) Bacterien, denen er die Entstehung der Psoriasis, des Eczema papulosum und des Molluscum contagiosum zuschreibt, als „Bacterium lepogenum" (vom griech. λεπος = Schuppe), welches seinem Aussehen wie seinen Wachsthumsverhältnissen in Culturflüssigkeiten nach eine eigenartige, aber bei allen genannten Affectionen identische Species darstelle. Am meisten ähnle dieses Bacterium dem Bact. termo.

Den pathologischen Vorgang hat A. am genauesten bei den Mollusken studirt und stellt ihn in Parallele mit Koch's progressiver Nekrose, d. h.: die Bacterien bewirken anfangs Proliferationsvorgänge, dann komme es zu nekrotischen Veränderungen in diesen Bezirken, während in der Nachbarschaft wieder progressive Processe zu beobachten sind. So beginnt auch hier das Molluscum mit einer Epidermiswucherung, dann entsteht durch Destruction eine centrale Höhle, welche Schuppen und Molluscum-Körperchen enthält. Diese Schuppen sind die Träger der Bacterien und Sporen. Nach der Peripherie zu kommen dagegen eine Schicht hornbildender Zellen mit reichlichen Eleïdinkörnchen, aber bacterienfrei; schliesslich am meisten nach aussen eine wandständige Schicht granulirter grosser, auch bacterienfreier Zellen.

Bei der Psoriasis und dem Ecz. papulos. finden sich Zoogloea-Haufen derselben Bacterienform in den tieferen Schuppenschichten, aber auch durch eine Zwischenzone getrennt von den gesunden Epidermislagen.

Dies in Kürze die Hauptsätze der A.'schen Mittheilungen, denen gegenüber nun sämmtliche, an der Discussion sich betheiligenden Sectionsmitglieder: O. Simon, Unna, Vidal, Kaposi, Jamieson, Thin, Cavafy — ihre Zweifel aussprachen, welche der Vortragende auch in seinem Schlussworte nicht zu beseitigen vermochte. Ref. schliesst sich den Genannten an und zwar aus folgenden Gründen:

1. muss es wunderbar erscheinen und ist von A. in keiner Weise aufgeklärt worden, wie eine Bacterienart drei so verschiedene Krankheiten hervorbringen soll. — Die Disposition und der Einfluss äusserer (übrigens auch durchaus unbekannter) Verhältnisse darf bei so ungenügend studirten Bacterien um so weniger zur Deutung heran-



gezogen werden, da A. selbst die Identität der Pilze bei den drei Affectionen ausdrücklich betont;

2. fehlt durchaus der Nachweis, dass die von A. beschriebenen Bacterien mit den krankhaften Vorgängen in irgend welcher Beziehung standen. Stets schildert A. sie in den verhornten, mortificirten Partien; sie fehlen im kranken oder erkrankenden Gewebe. Daraus schliessen wir, dass es sich um zufällige Ansiedler handelte, die unter den besonders günstigen Verhältnissen (zwischen Schuppen, in abgestorbenen Geweben) nur reichlicher wucherten, als dies an der Oberfläche der gesunden Haut, die stets Bacterien beherbergt, zu geschehen pflegt;

3. vermissen wir den Beweis der Specificität des Bact. lepogenum, auf welchen gewiss niemand auf (nicht einmal beschriebene) Culturen hin so ohne weiteres verzichten wird;

4. schliesslich bestreitet Ref. nach eigenen Untersuchungen die A.'schen Angaben über die Structur des Moll. contagiosum und stellt denselben folgende Anschauungen entgegen:

Das Moll. cont. ist eine Epithelwucherung, bedingt durch Mikroorganismen und daher auch contagiös. Es handelt sich jedoch nicht um Bacterien, sondern um einen wahrscheinlich den Gregarinen (Bollinger) angehörenden Parasiten. Bacterien findet man wohl hier und da in dem ausdrückbaren Pfropf des Moll., aber weder constant, noch in einer Menge und Lagerung, die auf eine causale Beziehung derselben zur Neubildung hindeutete. Sie finden sich in einem modificirten Haufen, der aus abgestorbenen Epithelschollen und „Molluscum-Körperchen" besteht. Diese letzteren sind aber auch nichts als die Körperhüllen, die Schalen von abgestorbenen Gregarinen. Sie sind in ungefärbten Schnittpräparaten von auffallendem Glanz; Tinctionsmitteln gegenüber verhalten sie sich wie Hornmassen, d. h. sie bleiben ungefärbt in gewöhnlichen Anilinlösungen, und nur ein kappenartig aufsitzender circumscripter Bezirk an einem Ende des ovalen Gebildes, das vielleicht dem Kopfapparat des Thieres entspricht, nimmt die Färbung an; dagegen tingiren sie sich in stark sauren Anilinsolutionen und in Pikrinsäure. Weigert beschreibt ihre Fähigkeit, Orseille anzunehmen.

Auf Schnittpräparaten erkennt man nun, dass peripher vom centralen Pfropf ovale Gebilde von derselben Grösse, wie die Molluscum-Körperchen, aber mit Vacuolenbildung, granulirt, selbst färbbar, im



Protoplasma vergrösserter Epithelzellen liegen. Der Kern dieser Zellen ist — bei nicht sehr feinen Schnitten — oft schwer erkennbar, aber meist neben dem grossen ovalen Fremdkörper deutlich vorhanden. Das Protoplasma der Zellen ist reichlich durchsetzt mit Körnern ganz wechselnder Grösse und Gestalt, die auch durch den Körper der ovalen Scheiben hindurchschimmern; besonders fallen spitzige, kantige, dreieckige Formen auf. Diese Körner färben sich in Anilinfarben sehr gut (bes. in Gentiana); vermuthlich sind es Eleïdinkörner, Bacterien aber sicherlich nicht. Nach der Peripherie zu hört der Befund dieser ovalen Gebilde in den Zellen auf; diese sind abgeplattet, stark gekörnt, haben ein oder zwei Kerne mit deutlichen Kernkörperchen. — Nach dem Sitze des centralen Pfropfes aber hin verwischen sich die Grenzen der Epithelien; das Protoplasma wird schollig, erliegt einer Art Eintrocknung, die Kerne gehen zu Grunde, und so entsteht eine gleichmässige Detritusmasse, in der nur die ovalen „Molluscum-Körper" scharf hervortreten; auch diese aber structurlos, abgestorben. —

Die Wucherung geht von den Zellen des Rete Malpighi aus (vielleicht auch von der äusseren Wurzelscheide des Haares). Der Papillarkörper ist activ nicht betheiligt; seine Vertheilung zwischen die Lappen des Moll. beweist aber, dass jeder Lappen einem ursprünglichen Retezapfen entsprach.

Die wechselnden Impfresultate erklären sich daraus, dass bald nur die todten „Moll.-Körper", bald lebende Parasiten übertragen wurden. — Ebenso hat es nichts Befremdendes, wenn gelegentlich auch im Talgdrüsen- oder Atherominhalt etc. solche Körperchen, d. h. Gregarinen sich finden. Dagegen bestreitet Ref. unbedingt, dass die Neubildung des Molluscums von den Zellen der Talgdrüsen ausgehe. Das Molluscum ist eine Wucherung des Deckepithels; seine Zellen sind den Retezellen analog und grundverschieden von den Epithelien der Talgdrüsen. Neisser.

Thin beschreibt (61) einen Fall einer eigenthümlichen theils runden, theils mehr weniger eckigen, $^1/_{16}'$—$^1/_{10}$ Zoll im Durchmesser haltenden, zum Theile confluirenden Warzenformation, die sich zuerst im Gesichte mit Ausnahme der Augenlider und später auch auf dem Halse und den Handrücken dicht aneinander zeigte. Schon der erste



Eindruck, den das Krankheitsbild auf Verf. machte, war trotz ihrer grossen Anzahl und ihrer weichen Consistenz der, dass es sich um Epidermidalwucherungen handle, weshalb er dieselben zu schaben versuchte, was jedoch von der Patientin (21jähriges Mädchen) theils nicht vertragen wurde, theils erfolglos blieb, da immer Recidiven eintraten. Die mikroskopische Untersuchung eines dieser kleinen Tumoren ergab, dass in der That die Papeln sich durch lange enge Papillen und tiefe, breite interpapillare Zapfen charakterisirten. An der Oberfläche derselben war die hornige Epidermis dicker und weniger homogen als an der normalen Haut. Das darunter liegende Bindegewebe war unverändert. Die Patientin steht seit drei Jahren in des Verf. Beobachtung, während welcher Zeit die Zahl der Excrescenzen bedeutend zugenommen hat, ohne das vorhin erwähnte Terrain jedoch zu überschreiten. Nach Th.'s Meinung ist bezüglich der Vertheilung derselben kein Zusammenhang mit Nerven oder Gefässen anzunehmen, sondern der Umstand, dass dieselben zuerst im Gesichte und dann an den Händen auftraten, liesse eher auf eine Autoinoculation schliessen.

Schiff.

In der Haut oder subcutan findet man nach Malherbe (62) Geschwülste mit dem Charakter des Epithelioms, welche durch Verkalkung der Epithelmassen entstandene Kalkklümpchen enthalten. Das Stroma dieser Neubildungen ist bald mehr weniger dichtes oder embryonales Binde-, bald wirkliches Knochengewebe. Im letzteren Falle ist das Neoplasma ganz knochenartig. Die bisher als Hautosteome oder Hautsteine beschriebenen Tumoren gehören meist hierher. Ihre Structur ist bis auf eine Beobachtung Wilcken's noch nicht genau studirt worden. Verf. hat nun 12 derartige Geschwülste genau untersucht und ist dadurch auch zu Schlüssen über ihren wirklichen Sitz und ihre Entwickelung gelangt. Demzufolge bestehen sie 1. aus einer Umhüllungsmembran, 2. einem Stroma und 3. aus in dies Stroma eingebetteten, ganz oder theilweise verkalkten Epithelmassen. Die Membran wird von meist dichtem Bindegewebe gebildet und verkalkt selbst nicht. Durch von ihr ausgehende Ausläufer wird das Stroma zusammengesetzt, das nun fibrös oder knöchern oder theils fibrös, theils verknöchert sein kann, stets enthält es mit verkalkten Epithelzellen angefüllte Zwischenräume. Im Falle der Ossification findet man verkalkte



Epithelmassen im ossificirten Gewebe oder sogar in den Markräumen. Die Epithelmassen bestehen aus dicht aneinanderliegenden, polyedrischen Zellen mit undurchsichtigem Protoplasma und deutlich hervortretendem Kerne. Je nach dem Alter sind die Tumoren weich und enthalten Kalkklümpchen oder sind ossificirt und steinhart; ihre Grösse variirt von Stecknadelkopf- bis Fingergrösse. Ihre Diagnose stützt sich auf Untersuchung der Zellen (nach Entkalkung und Färbung mit Pikrocarmin). Makroskopisch könnte ein Tumor, d. i. das verkalkte Atherom, mit jenen Geschwülsten verwechselt werden; doch schützt die mikroskopische Untersuchung vor Irrthümern, da beim Atherom nichts auf einen Neubildungsprocess hinweist. Was nun die Entwickelung dieser Tumoren anlangt, so ist Verf. besonders auf Grund von zwei Untersuchungen überzeugt, dass sie aus den Talgdrüsen hervorgehen, indem er in dem einen Fall ein verkalktes Epitheliom im Innern einer alten ulcerirten Geschwulst und in einem anderen Tumor stellenweise Zellen mit dem Charakter der Talgdrüsenzellen, ausserdem in einem Falle mitten in der Neubildung Cholestearinkrystalle fand. Ferner hält Verf. die cystöse Veränderung der Drüsen für das Primäre, die Entwickelung des Epithelioms in diesen also für secundär. Die Entwickelung des Stroma geschieht durch Sprossung von der Umhüllungsmembran aus, durch Theilung dieser Ausläufer und später Umbildung derselben zu fibrösem, resp. Knochengewebe. Die Entwickelung der Epithelmassen endlich ist an verschiedenen Stellen des Tumors eine verschiedene, indem sie an der Peripherie aus den äussersten Zellen des Epithelinhaltes der Cyste, die allmählich verkalken, an andern Stellen aus Riesenzellen, indem diese sich theilen, und welche im verkalkten Epitheliom constant vorkommen, hervorgehen. Das Wachsthum dieser Tumoren geht in gleicher Weise wie bei andern Epitheliomen vor sich, bis ihm die beginnende Verkalkung ein Ziel setzt. — Im Gegensatz zu andern Epitheliomen bleiben diese verkalkten stets gutartig, da sie nach ihrer Entfernung nicht recidiviren. Aetiologisch ist nur zu bemerken, dass sie meist in früher Jugend entstehen und häufiger das weibliche Geschlecht befallen. Es handelt sich also hier um eine von den Talgdrüsen ausgehende Varietät des Epithelioms, welche vorzüglich durch totale oder partielle Verkalkung der Epithelzellen charakterisirt ist. Die Ossification des Stroma ist nur durch die Entwickelung der Geschwulst bedingt, und darf man deshalb nicht je nach der binde-



gewebigen oder knöchernen Structur des erstern verschiedene Arten unterscheiden.

Boegehold scheidet (63) die Neubildungen, die sich in Narben entwickeln, in fibröse und epitheliale: Erstere sind gutartig, ulceriren, ausser wenn sie Beschädigungen erleiden, niemals und bleiben stets local. Letztere sind bösartig, ulceriren früh und führen zuweilen zu Metastasen in den Lymphdrüsen (Metastasen nach inneren Organen sind in zwei Fällen, einmal in der Lunge, einmal in der Leber, diagnosticirt, aber nicht durch eine Section nachgewiesen worden). Nach sorgsamer Anführung der bisher bekannten Fälle, resp. der Abhandlungen darüber, theilt Verf. drei eigene Beobachtungen mit, bei denen in Brandnarben sich entwickelnde Geschwülste sehr maligne Eigenschaften darboten und klinisch wie mikroskopisch sich als Carcinome darstellten. Verf. weist darauf hin, wie für alle die Fälle, in denen auf oder in Narben krebsige Neubildungen entstanden, die Cohnheim'sche Theorie von der Geschwulstbildung aus embryonalen Keimen nicht angezogen werden könne. Denn hier bilde sich ja der Tumor aus dem erst post partum entstandenen Narbengewebe und meist nachweislich aus dessen äusseren, oft gereizten Schichten. Dagegen passe die Virchow'sche Reiztheorie auf diese Fälle vollkommen. Ueber die Bildungsstätte der Carcinome in nicht ulcerirten Narben, ob aus der Epidermis oder dem Bindegewebe die Neubildung hervorgehe, spricht sich Verf. nicht aus. In den gewöhnlichen Fällen, in denen immer wieder Einrisse, Wunden entstehen und heilen und schliesslich eine nicht mehr heilende Wunde, ein Geschwür sich etablirt, in dessen Mitte sich später ein Knoten erhebt, glaubt er den Ausgang von dem Granulationsgewebe annehmen zu müssen. Die Untersuchung eines Falles hat ihm in dem Narbenreste neben dem Geschwüre keine Epidermiswucherung gezeigt; und epitheliale Knoten, die etwa noch in dem Geschwüre sich anfangs erhalten hätten, müssten seiner Meinung nach doch später zerstört worden sein. — Für die Behandlung wird eine möglichst frühzeitige und ausgiebige Excision dringend empfohlen, zumal die Prognose die gute früh operirter Cancroide ist.

Caspary.

Nach Michelson (64) kann man als maligne Form der Alopecia pityrodes eine bisher in der Literatur nicht näher be-



schriebene Erkrankung der behaarten Haut bezeichnen, die — ähnlich, wie die maligne Form der Alopecia areata (Area Celsi) — zu fast totalem Haarverlust führt. — Die differentielle Diagnose zwischen dieser und der Alopecia pityrodes maligna stützt sich besonders auf die Art des Haarausfalles (bei der Alopecia pityrodes maligna weniger scharfe Abgrenzung der kahlen Stellen) sowie auf die Beschaffenheit der erkrankten Haut. Nähere Mittheilungen hierüber sollen folgen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der epilirten Haare zeigt sich an Querschnitten durch den Follicularabschnitt des Haares und die ihm in grosser Ausdehnung anhaftenden Wurzelscheiden, dass öfters die äusserste Wurzelscheide eine hochgradige Veränderung erlitten hat. Ihre Zellen sind derartig abgeplattet und in concentrisch angeordneten welligen Schichten zusammengefalzt, dass man im ersten Augenblick den Eindruck erhält, als habe man nicht die epitheliale Schleimschicht, sondern die bindegewebigen Theile des Follikels vor sich.

Erst länger dauernde (mehrtägige) Einwirkung von Glycerin bringt die beschriebene faserige Structur — dieselbe ist als Produkt pathologischer Verhornung aufzufassen — wieder einigermassen zum Verschwinden und lässt den zelligen Charakter des Gewebes, wenn auch viel weniger deutlich, als normal, erkennen.

Lassar und Bishop (65) haben Versuche in Betreff der Uebertragbarkeit der Alopecia prämatura angestellt, indem sie von einem gesunden Manne mit frühzeitigem Haarausfall bei geringer Schuppenbildung und mässigem Jucken (Untersuchung auf Pilze? A.) die Haarabfäbfälle fein zerschnitten und mittelst Vaselin zu einem innigen Gemisch verrieben. Die so bereitete Salbe wurde mit einem einfachen Borstenpinsel auf die Haut gesunder und wohlbehaarter Thiere getragen und ohne jede Läsion der Oberhaut eingerieben. Als Versuchsthiere dienten ein Kaninchen und ein Meerschweinchen.

Bei beiden Thieren machte sich im Laufe der dritten Woche auf den eingeriebenen Stellen, vornehmlich Kopf und Rücken, ein ganz ausgesprochener Haarschwund bemerkbar. Ihre Haare gingen auf den leisesten Zug aus, blieben überall an Wänden und Boden der Käfige hängen und kamen zu so erheblichem Abgang, dass im Laufe



von ungefähr einer weiteren Woche handtellergrosse Partien des Felles ganz kahl wurden. Neben diesem Ausfallen der Haare bildete sich gleichzeitig eine sehr reichliche kleienartige Abschuppung der Epidermis aus.

Es wurden ferner eine Quantität Haare, sowohl von dem Kaninchen wie von dem Meerschweinchen gesammelt, dieselben, wieder ohne die Schuppen von den Haaren zu sondern, mit Vaselin verrieben und je ein Kaninchen und ein Meerschweinchen mit dieser Pomade eingestrichen. Der Erfolg war der Sache nach derselbe, nur nach Intensität und Raschheit in Bezug auf Ausbreitung des Leidens ein noch mehr eclatanter als das erste Mal.

Schon vor Ende der zweiten Woche waren beide Thiere auf ausgedehnten Theilen ihrer Körperoberfläche absolut kahl, so kahl, dass die nackte Haut zutage lag, wie etwa nach künstlicher Enthaarung mit Schwefelkalciumhydrat. Bei dem Kaninchen wurde dieser Versuch noch einmal angestellt, derart, dass von Nr. 2 ein drittes inficirt wurde. Das dritte wurde das kahlste.

Das therapeutische Verfahren im obigen Falle war darauf gerichtet, die Ursachen des Haarausfalles zu beseitigen und gleichzeitig die Ernährung der Kopfhaut durch Hebung der Hautgefäss- und Hautdrüsenthätigkeit zu befördern.

Die Kopfhaut wurde täglich mit einer stark theerhaltigen, schaumgebenden Theerseife reichlich eingeseift. Dann wurde mittelst eines Irrigators warmes, allmählich kühleres und zuletzt ganz kaltes Wasser übergossen und der Kopf sofort mit einem rauhen Handtuch trocken gerieben. Dann erfolgte Waschung mit Sublimatlösung (1,0 : 300,0 adde Spirit. Colon., Glycerin āā 100,0), hierauf wieder Abtrocknung des Kopfes und dann Einreibung einer Naphtollösung (Naphtol 0,5, Spirit. dilut. 70,0, Aq. dest. 10.0). Den Schluss bildete eine Uebergiessung mit $1^1/_2$ % Carbolöl. Das letztere wurde langsam aufgegossen und zog in die Mündungen der nach den Waschungen weitgeöffneten und entfetteten Drüsen in so grossen Mengen ein, dass man bis 25 g. Oeles auf einmal in Anwendung bringen konnte. Dieser Behandlung wurde der Patient acht Wochen lang täglich unterzogen. Schon nach 14 Tagen fing der Ausfall an, ganz spärlich zu werden und nach einigen Wochen war nur noch durch kräftigen Zug Kopfhaar zu entfernen. Das Jucken war gänzlich in Wegfall ge-



kommen, von der Pityriasis nichts mehr zu sehen und die Behandlung ohne jede unangenehme Nebenerscheinung sehr gut vertragen. Noch vor Ablauf der 8 Wochen war ein kräftigerer Haarwuchs als vordem bereits zweifellos zu erkennen. Mit späteren Haarabfällen wurde ein Kaninchen eingerieben, aber es kam ein Haarausfall bei demselben nicht zu Stande.

Eine von Campana (66) beobachtete Eruption, die derselbe als **acuten Pemphigus** bezeichnet, besteht aus Bläschen in verschiedenen Entwicklungsperioden, die begleitet sind von einem lividen Erythem, welches der Eruption selbst vorausgeht, besonders an jenen Stellen, an denen sich keine neuen Bläschen bilden. Das Exanthem trat zuerst am Halse, später an anderen Körperstellen — Achsel, Rücken, Lenden und Leisten — auf. Der Inhalt der Bläschen war anfangs serös und wurde später eitrig. Die Bläschen selbst variirten von Linsen bis Kirschkerngrösse und waren gespannt, elastisch und durchscheinend. Die Affection betraf ein Mädchen von 24 Jahren, das regelmässig entwickelt war, eine feine, weisse mit genügendem Panniculus adiposus versehene Haut hatte und welches angab, schon seit mehreren Jahren in den Winter- oder Frühjahrsmonaten denselben Ausschlag gehabt und daran jedesmal 15—20 Tage gelitten zu haben. An den in früherer Zeit vom Ausschlage befallenen Stellen ist die Haut gegenwärtig dichter und etwas pigmentirt. Der von C. genau beobachtete Verlauf gestaltete sich folgendermassen: Einige Bläschen haben sich ganz normal involvirt; bei anderen wurde das Exsudat hämorrhagisch; in der Reg. sacral., wo kein Bläschen, sondern nur ein begrenztes rosenrothes Erythem war, wurde die befallene Stelle dunkelroth, endlich schwarz und es bildete sich nach und nach ein kraterähnlicher Substanzverlust im Durchmesser von etwa einem Zoll, mit unregelmässigen Rändern, dessen Basis von gangränösen Fetzen bedeckt war; in der rechtsseitigen Reg. inguino-cruralis haben sich die Phlyctänen mit schwarzen Krusten bedeckt, welche an ihrer Unterlage festhaften und nach deren Ablösung man darunter schwärzlich-serösen Detritus sieht, der weiches, matsches, blutendes Gewebe bedeckt. Aus letzteren entwickelt sich ein Substanzverlust mit gangränöser Basis. Nach etwa 7 Wochen war die ganze Affection geschwunden und fast sämmtliche Substanzverluste vollkommen vernarbt, nur war die Hautoberfläche dunkelroth gefärbt. Nach weiteren 14 Tagen war die Haut fast ganz

zur Norm zurückgekehrt, nur hatte sie eine leichte Vulnerabilität behalten, so dass auf die geringsten Reize hin Erythem, Excoriationen oder oberflächliche Phlyctänen auftraten.

C. inoculirte das Secret einer Phlyctäne auf den linken Arm einer anderen Kranken, und es entwickelte sich schon nach zwei Tagen eine miliare Bläschenpustel, die 4 Mm. lang wurde und an den Rändern einen leichten hyperämischen Halo zeigte. Während die Pustel im Centrum eintrocknete, griff sie in der Peripherie immer weiter um sich. Das Secret dieser Pustel erwies sich bei einer weiteren Inoculation wieder als übertragungsfähig. Bemerkenswerth ist dieser Fall durch die nicht gewöhnliche Form des Processes, durch seinen cyclischen Verlauf und durch seine Uebertragbarkeit. C. hält sich durch mehrere ähnliche von ihm beobachtete Fälle berechtigt, die Existenz des acuten Pemphigus anzunehmen und diesen Process von einem polymorphen Erythem zu unterscheiden. Schiff.

Gibier macht folgende Angaben (68) über einen von ihm in einem Falle von acutem Pemphigus entdeckten Parasiten: Das Mikrobium des Pemphigus acutus ist nach Gibier eine Bacterie, die im ausgewachsenen Zustande aus einer Reihe von rosenkranzartig angeordneten Gliedern besteht. Diese Glieder haben eine Länge von 0·004—0·40 Mm. und eine Dicke von 0·0025 Mm., sind zu 2—20 vereinigt, an den Berührungspunkten mit einander verschmelzend. Die Bacterie ist im Verhältniss zu ihrer Grösse recht beweglich. Unausgewachsen besteht sie aus abgerundeten Körnchen, ähnlich denjenigen, welche die Stäbchen bilden, entweder isolirt, oder zu Gruppen, oder schliesslich zu Zooglöahaufen vereinigt. Man findet diese Bacterien ebensowohl im Serum der frischen Blasen, als im Urin des Kranken, aber nicht im Blut. Ebenso gibt sowohl die Cultur des Urins als die des Blaseninhaltes die nämlichen Bacterien. Injectionen des Blaseninhaltes bei Meerschweinchen, Kaninchen und Katzen schlugen stets fehl. Die klinischen Symptome, besonders die Albuminurie und der oft lethale Ausgang scheinen dem Autor im Sinne Spillmann's (67), welcher einen Fall derselben Affection geschildert und dieselbe für eine Infectionskrankheit erklärt hatte, wie schon früher Tortora und Cantani für eine acute Infectionskrankheit zu sprechen.



Chorioblastosen.

69. **Breda**: Lupus des Larynx. (Abh. Padua 1881.)
70. **Boeck.** Diagnose und Behandlung des Lupus vulgaris. (Tidsskrift for praktisk Medicin. Nr. 19, 20 u. 21. Christiania 1881.)
71. **Riehl.** Zwei Fälle von Tuberculose der Haut. (Wiener med. Wochenschr. 44 und 45. 1881.)
72. **Goldscheider.** Hautaffectionen bei acuter Miliartuberculose. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1882.)
73. **Majocchi** und **Pellizzari.** Hämatologische Studien bei Leprösen. (Arch. della Scuola d'Anatomia patolog. di Firenze. 1882.)
74. **Köbner.** Uebertragungsversuche von Lepra auf Thiere. (Virchow's Archiv, Bd. LXXXVIII, Heft 2. 1882.)
75. **G. u. F. E. Hoggan.** Ueber Nervenveränderungen bei Lepra anaesthetica. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1882.)
76. **v. Frisch.** Zur Aetiologie des Rhinoskleroms. (Wien. med. Wochenschr. Nr. 32. 1882.)
77. **Posadsky.** Fibroma molluscum multiplex congenitum. (Virch. Arch. Bd. LXXXVII. H. 2. 1882.)

Im Anschlusse an vier von ihm beobachtete Fälle hat Breda (69) die Literatur über den so seltenen Lupus des Larynx zusammengestellt und ist hiebei zu Betrachtungen gelangt, die ein allgemeines Interesse beanspruchen. Mit Ausnahme von zwei Fällen ging der Lupus des Larynx mit Lupus der Haut einher. Zuweilen ging der Lupus des Larynx dem Hautlupus voraus; in einem von B. beobachteten Falle sogar um mehr als zwei Jahre; in mehr als 10 Fällen war die Verbildung auch auf andere intrabuccale Schleimhäute verbreitet. Was den Verlauf im Kehlkopfe selbst anbelangt, wird in der Regel zuerst die Epiglottis, dann die Ary-Epiglottisfalten, dann die Arytänoid-Schleimhaut angegriffen um hierauf bis zu den falschen und wahren Stimmbändern und sehr selten bis in die Schleimhaut der Trachea hinabzusteigen. Schiff.

Boeck (70) sieht sich veranlasst die Diagnose der Lupuskrankheit zu besprechen, da die Grenze zwischen Lupus und tertiärer Syphilis von früheren norwegischen Autoren nicht immer



scharf genug gezogen wurde, was wie Verf. meint, für die grosse Mehrzahl der Fälle sehr gut möglich ist. Obschon von den 16 Lupuskranken, die vom Jahre 1875 bis 1878 in der Spitalabtheilung für Hautkranke in Christiana behandelt wurden, 3 von syphilitischen Eltern herstammten, indem einmal die Mutter und zweimal der Vater inficirt gewesen, ist Verf. geneigt jede ursächliche Verbindung zwischen Syphilis und Lupus in Abrede zu stellen. Höchstens konnte ein bei den syphilitischen Eltern geschwächtes Zell- und Nervenleben, das gewiss häufig als Erbschaft auf die Kinder übergeht, der Entwicklung der Lupuskrankheit etwas Vorschub leisten. Wenn die moderne Anschauung, dass Lupus, Scrofulose und Tuberculose eine auf einem specifischen Virus beruhende pathologische Einheit darstellten, richtig wäre, könnte die Syphilis allenfalls nur als prädisponirendes Moment betrachtet werden. Die differentielle Diagnose zwischen Lupus und den tuberculoserpiginösen und ulcerativen Syphiliden wird namentlich ausführlich besprochen.

Von den erwähnten 16 Spitalspatienten (5 Männer u. 11 Frauen) sind später 3 an Tuberculosis pulmonum und allgemeiner Miliartuberculose zu Grunde gegangen.

Bezüglich der Behandlung werden bei der allgemeinen constitutionellen Behandlung nur die auch der Scrofulose gegenüber angewandten diätetisch-hygienischen Massregeln und als einziges, in den meisten Fällen sehr nützliches, innerliches Medicament, der Leberthran erwähnt; letzterer muss jedoch nicht Wochen und Monate, sondern Jahre hindurch genommen werden. Bei der Darstellung der Localbehandlung werden wesentlich nur die schon bekannten, jetzt aber ziemlich zahlreichen und effectiven Methoden erwähnt. Verf. lobt jedoch die besonders günstige Wirkung eines Pyrogalluspflasters (Ol. oliv., Resinae coloph. aa. 8,00 Grm., Cerae flavae 15,00 Grm., Gummi resin. ammoniaci, Balsami terebinthinae venetae aa. 1,00, Acidi pyrogallici 4,00 Grm., M. fiat Empl.). Das Pflaster wird ganz in derselben Weise wie die Salbe angewendet, wirkt aber etwas mehr gleichmässig ein und die Anwendung desselben scheint etwas weniger schmerzhaft zu sein. Um die jedoch manchmal nach dem Entfernen des Pflasters sich steigernden Schmerzen zu beseitigen, bestreut Verf. die wunde Fläche mit einer dicken Schicht Jodoformpulver unter dem Salbenlappen, wobei die Schmerzen fast augenblicklich nachlassen. Boeck.

Riehl (71) beobachtete zwei Fälle von Tuberculose der Haut. Sie betrafen Männer von 53 und 36 Jahren. Bei dem Einen fand sich neben mehrfachen tuberculösen Geschwüren auf der Mundschleimhaut, im Larynx und in der Trachea, ein solches auf der Haut der Oberlippe, welches fast den ganzen Raum zwischen Nase und Lippenroth einnahm (der Kranke hatte nie an Venerie gelitten). Der andere Kranke zeigte ein kreuzergrosses Geschwür an der Lippenschleimhaut und dem Zahnfleisch. Bemerkenswerth ist, dass bei dem einen Kranken sowohl die klinische Untersuchung als auch die Section vollständig intacte Lungen ergab, und dass die tuberculöse Affection an der äusseren Haut zuerst auftrat; der andere litt an Phthisis pulmonum. Bei beiden fanden sich in der Leiche tuberculöse Darmgeschwüre. Die mikroskopische Untersuchung eines Hautgeschwüres zeigte zahlreiche in das Corium eingestreute, im Centrum käsig zerfallene Tuberkel. — Besonders charakteristisch für tuberculöse Hautgeschwüre sind nach dem Vf. die buchtigen, wie ausgenagten, mässig infiltrirten Ränder, welche sich bei genauerer Betrachtung als durch Anreihung kleiner Grübchen zusammengesetzt erweisen; an noch nicht granulirenden Geschwürtheilen findet man stellenweise eingestreut durchscheinende oder gelblichweisse miliare Knötchen. Alle Vergrösserungen und Nachschübe an anderen Stellen entstehen auf dieselbe Weise, durch Zerfall solcher miliarer Knötchen und Confluenz der kleinen Geschwürchen.

Goldscheider berichtet folgenden Fall von Hautaffectionen bei acuter Miliartuberculose (72):

Der 23jährige Musketier H., dessen Eltern noch leben, von dessen sieben Geschwistern jedoch sechs grösstentheils an Brustkrankheiten gestorben sind, erkrankte am 6. Februar d. J. mit Fieber und Abgeschlagenheit im ganzen Körper. Am 10. traten zahlreiche groschen- bis markstückgrosse, bläulichrothe, mässig prominente Flecken auf, welche sich beim Betasten als derbe, im cutanen und subcutanen Gewebe gelegene Knoten darstellten. Dieselben fanden sich an den vorderen und seitlichen Flächen der Unterschenkel und an den Füssen (auch an der Sohle), weniger zahlreich an den Unterarmen und Händen, einzelne an den Augenlidern. Dieselben waren auf Berührung schmerzhaft. Die Temperatur betrug 39·8; an den Lungen, dem Herzen, der Milz keinerlei Veränderung nachzuweisen, im Urin kein



Eiweiss. Am 15. trat beiderseits ein pleuritischer Erguss auf. Jetzt stellte sich auch Husten und zäher Auswurf ein. — Während die alten Knoten langsam verblassten, traten hier und da einzelne neue auf. Am 17. erfolgte eine besondere Erhöhung des Fiebers, welches sich vom Anfang an dauernd über 39° hielt, ein neuer Nachschub von Knoten, von den Unterschenkeln bis etwa über die Knie hinauf und an den Unterarmen und Händen. Nach sechs Tagen waren dieselben bereits sehr verblasst und die letzten Spuren verschwanden am Anfang des folgenden Monats. Unterdessen bildeten sich deutlich die Erscheinungen der acuten Miliartuberculose heraus, welcher der Patient am 23. April erlag, ohne dass sich neue Knoten-Eruptionen gezeigt hätten. — Jedoch traten andere bemerkenswerthe Erscheinungen an der Haut hervor. Vom Beginn der Krankheit an tauchten zuweilen, vorwiegend im Gesicht, wie ja auch am übrigen Körper die Beobachtung erschwert war, hier und da rothe Flecken auf, welche nach einiger Zeit allmählich erblassend verschwanden. — Es bestanden davon zu gleicher Zeit nie mehr als zwei bis drei; sie waren scharlachroth, eben, von unregelmässiger Begrenzung und von verschiedener Grösse, z. B. zeigte sich einmal ein länglicher Fleck vom Kinn bis fast zum linken Ohre hin. Die Flecken entstanden ohne mechanischen Reiz vor den Augen des Arztes und waren meist noch eine Stunde lang sichtbar; ein subjectives Gefühl war damit nicht verbunden; an den Bezirk grösserer Nervenstämme schienen sie nicht gebunden.

Im Verlaufe der Krankheit traten diese Flecken seltener auf und gegen Ende des Monats März überhaupt nicht mehr. Am 8. März fand sich der ganze Rumpf mit kleinen flohstichähnlichen Stippchen bedeckt, welche nach etwa 48 Stunden verschwunden waren. Diese Erscheinung kehrte nicht wieder. Die Section bestätigte die Diagnose der Miliartuberculose.

Besonders hervorzuheben ist, dass die Meningen von Tuberkeln frei waren — wie auch intra vitam die Chorioidea diese nicht zeigte —, nur an der lateralen Wand des rechten Seitenventrikels fanden sich zwei linsen- bis erbsengrosse, gelbliche, harte, bröckliche Tuberkelknötchen. Ferner fand sich hämorrhagische tuberculöse Pleuritis und tuberculöse Pericarditis; die Klappen, was für die Frage der Embolie in Betracht kommen könnte, waren intact.

Der Fall bietet ein Zusammentreffen verschiedener Formen vasomotorischer Störungen bei Tuberculose. Es ist wohl wahrscheinlich,



dass dieses Zusammentreffen kein zufälliges ist, sondern dass eine eigenthümliche einheitliche Affection vasomotorischer Centren diese verschiedenen Erscheinungen producirt hat.

An die anfangs geschilderte exsudative Haut-Affection knüpft Verf. noch die Bemerkung, dass die erste locale Erscheinung einer acuten Miliartuberculose eine Hauterkrankung bildet, welche das Aussehen des Erythema nodosum hat und dass Uffelmann an mehreren Fällen gezeigt hat, dass diese Affection bei Individuen aus tuberculösen Familien unter einem eigenartigen schweren Krankheitsbild vorkommt, ja in drei Fällen war sie von Tuberculose gefolgt.

Seit den Forschungen Hansen's und Neisser's wird an der Gegenwart von Schizomyceten in den verschiedenen Geweben von Leprakranken nicht gezweifelt, doch haben diese Beiden das Vorhandensein dieser Mikro-Organismen im Blute, wie es von Eklima und Gaucher behauptet wurde, nicht constatiren können. Majocchi und Pellizzari (73) hatten nun Gelegenheit zwei Leprakranke zu beobachten und untersuchten hiebei das Blut der Kranken. Sie nahmen zunächst das Blut aus den erythematösen Plaques an den Rändern der Knoten, sodann aus Wunden, die durch Exstirpation der Tuberkel entstanden waren und endlich aus Gegenden, die ganz immun geblieben waren. Bei ganz frischen Präparaten sahen sie meist einfache körnige, zuweilen auch längliche Gebilde; bei Präparaten von 12—24 Stunden conservirtem Blute bemerkten sie Haufen von Zoogloea, die von körnigen Schizomyceten gebildet waren. Ausser diesen, die man für Uebergangsformen halten könnte, constatirten sie wahre Stäbchen, die entweder isolirt oder zu je zwei vereint waren. Ohne auf die Details der Untersuchungen einzugehen, begnügen wir uns damit, die Schlüsse, welche die beiden Beobachter aus denselben ziehen, hier mitzutheilen.

1. Sowohl im Blute als auch in den Geweben von Leprakranken finden sich Schizomyceten in körniger und länglicher Form.

2. Die Gegenwart von Schizomyceten im Blute zeigt sich am besten in der Periode der Eruption der Lepra, oder besser gesagt, bei jeder Wiederholung einer Eruption.

3. Die Mikro-Organismen erkennt man am deutlichsten in den in voller Entwicklung befindlichen Tuberkeln.

4. Die Schizomyceten können in verschiedenen Perioden der Krankheit aus dem Blute eliminirt werden, genau so wie bei anderen



Infectionskrankheiten, daher die Schwierigkeit, sie während des ganzen Verlaufes wieder zu finden. Schiff.

Köbner hatte (74) Gelegenheit, einen der äusserst seltenen Fälle von Lepra zu beobachten, die bei einem aus gesunder Familie und leprafreiem Lande stammenden Manne (nach vieljährigem Aufenthalte in Brasilien) entstanden war. Nach neunjährigem Verweilen auf dem Lepra-Orte — zwei Jahre vor der Abreise nach Europa — hatte der etwa 40 Jahre alte Mann zuerst an dem linken Unterschenkel, dicht über dem Fussgelenk, den ersten, ihm etwas unempfindlich erscheinenden Fleck, 6 Monate später einige harte Stellen von 2—5 Zoll Durchmesser an der Innenseite beider Oberschenkel und kurz darauf am ganzen Körper Flecke von meistens $^1/_2$ Zoll Grösse, theils weich, theils hart und fast sämmtlich empfindlich, entstehen sehen. Unter Mercurialien, Jod, Arsenik, Abführmitteln nahmen die Flecken zu; eine besondere Verschlimmerung trat aber ein, als der Pat. nach Europa zurückgekehrt war. Die kleinen Flecke waren grösser und einige von den grossen unempfindlich geworden, überdies hatten sich fast doppelt soviel neue Flecke gebildet, als Pat. in die Heimath mitgebracht hatte. Statt des Gefühls von Eingeschlafensein der Hände und Füsse, welches beim Ausbruch der Krankheit die einzige abnorme Empfindung des äusserst kräftigen, muskel- und knochenstarken Patienten gewesen war, litt er nunmehr an einer Hyperästhesie fast des ganzen Körpers, so dass ihn der geringste Druck heftig schmerzte. Während das Gesicht, die Ohren und der Nacken bei der Vorstellung vor Verf. (drei Monate nach der Rückkehr) gleichmässig diffus, wie etwa durch Insolation, geröthet aussahen, existirten an den Extremitäten und dem ganzen Rücken nagelglied- bis flachhandgrosse, gelbbraune bis sepiafarbige Flecke, die meisten flach, die grössten aber am Rücken und an den Oberarmen in ihrer ganzen Fläche härtlich infiltrirt und viele derselben, namentlich solche mit bereits weiss entfärbtem Centrum auf Nadelstiche bis $1^1/_2$ Ctm. Tiefe unempfindlich. An den Händen und Unterschenkeln wechselten Flecken mit herabgesetzter Sensibilität mit hyperästhetischen Stellen. Der linke Nervus ulnaris war eine Strecke weit oberhalb des Condyl. int. hum. verdickt zu fühlen und war höchst empfindlich bei Berührung. Beiderseits fanden sich harte Inguinal- und Cruralbubonen. — Unter einer heroischen Medication, täglich 6 Gramm salicylsauren Natrons



(etwa 3 Dampfbäder wöchentlich) trat eine auffallende Besserung ein, so dass nach 2jährigem Gebrauch des Mittels, das nur selten wegen Ohrensausens auf einige Tage ausgesetzt zu werden brauchte, fast alle Flecken geschwunden waren. Da traten aber ganz vereinzelte kleine Knoten in den Ohrläppchen, der Kreuzgegend und am linken Oberschenkel auf, so dass Verf. unter seinen Augen dem Bilde der maculös-anästhetischen Lepra das der nodösen folgen sah. Einige Monate stationär geblieben, verschlimmerte sich der Status zusehends, indem zahlreiche neue Knoten an der Haut verschiedener Stellen, an der Gaumenschleimhaut, an den Nebenhoden auftraten, die Anästhesie an Füssen und Unterschenkeln weiter fortschritt. Die von Langenhans (Virch. Archiv, Bd. LXXXV, Heft 3, S. 567) empfohlenen und genau nach seiner Vorschrift gereichten Kreosotpillen hielten weitere Eruptionen nicht auf und hatten auf den früheren und den Allgemeinzustand zum mindesten keinen günstigen Einfluss. Dagegen verkleinerten sich einige Knoten, in die Köbner 1—2 Tropfen Kreosot parenchymatös injicirte.

Den einzigen Knoten, den der Pat. zu exstirpiren gestattete — einer der frühesten, vom Oberschenkel — hat nun Köbner in mannigfacher Weise ausgenützt. Er hat ihn frisch, theils als Saft (in welchem sich auf damit bestrichenen und getrockneten Deckgläschen nach Methylvioletfärbung Bacillen vorfanden), grösstentheils aber in kleinen Gewebstückchen auf Repräsentanten sämmtlicher Wirbelthiere geimpft, resp. transplantirt. Die benützten Thiere waren: Affe, Meerschweinchen, Ratte, Maus, Kaninchen, Taube, Aal, Schlammpeizger, Frosch. Als Applicationsorgane wurden Cutis, subcutanes Zellgewebe, Lippenschleimhaut, vordere Augenkammer, Rückenlymphsack gewählt. — Das Resultat aller Impfversuche war ein negatives. Indessen sind aus der mehrmonatlichen Untersuchungszeit mehrfache Beobachtungen von hohem Interesse mitgetheilt. So hat Köbner eine anscheinend parasitische Krankheit der Fische, die wohl Fischkennern bekannt war, die aber nirgend wissenschaftlich bearbeitet erscheint, genauer studirt; das Detail ist im Original nachzulesen. — Die Behauptung Neisser's, er habe bei Hunden locale Lepra hervorbringen können, erklärt Köbner für unbegründet. Die Annahme Neisser's, die bei Hunden vorgefundenen Knoten seien neugebildet, weil die eingeführten Leprastückchen nicht durch viele Wochen sich erhalten könnten, sei irrig; in seinen — Köbner's — Versuchen seien noch



nach vielen Monaten die Impfstücke in der vorderen Augenkammer fast unverändert sichtbar geblieben und bei der mikroskopischen Untersuchung seien, ohne dass irgend eine Einwanderung in Iris oder Cornea zu Stande gekommen, die schönsten Bacillen nachweisbar gewesen. Ebenso seien die Kerne der Geschwulstzellen wohl erhalten und tief färbbar gewesen, während Neisser aus ebenso beschaffenen Zellkernen in den Geschwülsten der Hunde schloss, diese müssten neugebildet sein, denn es gingen im lebenden Körper die Kerne eingebrachter Zellenmassen stets zu Grunde. — Köbner bringt erstaunliche Berichte von der Dauerhaftigkeit der Leprabacillen; so in 19 Jahre vorher ausgeschnittenen, nur in Papier eingeschlossenen, eingetrockneten Lepraknoten, die freilich erst in umständlicher, genau beschriebener Weise behandelt werden mussten. Dass es, wie Neisser glaubt, durch Leprabacillen hervorgebrachte specifische Neoplasmen gibt, in denen die Bacillen nach Entfaltung ihrer eigenartigen Wirksamkeit verschwinden, indem sie entweder zu Grunde gehen oder in einem vorübergehenden Sporenstadium sich befinden, bestreitet Köbner durchaus. In allen Fällen lepröser Neubildung sei der Nachweis der Bacillen nur Aufgabe einer guten Färbungstechnik.

Als positiven Befund verzeichnet Köbner das — früheren Beobachtern nicht gelungene — Auffinden von Bacillen im Blute seines Kranken. Aus anscheinend normalen und nach vielen Wochen noch normal aussehenden Hautstellen durch seichte Incisionen entleertes Blut zeigte, gerade wie das aus Knoten durch Einstich gewonnene — auf Deckgläschen angetrocknet, erhitzt, gefärbt, in Alkohol gewaschen — deutlich die typischen Bacillen, daneben sehr kurze Stäbchen, theils zu mehreren weissen Blutzellen, theils einzeln im Serum. Keinerlei andere Mikroorganismen. Köbner lässt die Möglichkeit zu, dass in seine Blutproben etwas Gewebssaft der Haut durch leichtes Quetschen hineingedrückt wurde, wie er auch in dem Lymphgefässsystem die hauptsächlichste Strombahn für die Verbreitung der Bacillen sieht. — Durch das negative Ergebniss seiner Impfungen ist Köbner nicht irre gemacht in dem Glauben, dass den Leprabacillen sehr wahrscheinlich eine ursächliche Bedeutung zuzuschreiben ist. Jedenfalls ist durch die mikroskopischen Funde die Frage der Contagiosität der Lepra, die schon lange durch das umschriebene Vorkommen als endemische Krankheit, durch die Erkrankung Gesunder nach ihrer Niederlassung in Lepragegenden, durch die Verschleppung



in bis dahin freie Orte durch lepröse Zuzügler angeregt war, wieder in den Vordergrund getreten. Es würde sich schon heute die Isolirung der Leprösen in eigenen Anstalten empfehlen. Caspary.

Nach G. und F. E. Hoggan ist der primäre Sitz der Nervenläsionen bei Lepra anaesthetica (75) weder in den centralen, noch in den peripheren Nervenendigungen, sondern in dem Verlauf der Nervenfasern selbst. Die specifischen, sogenannten „Leprazellen", die nichts anderes als veränderte Wanderzellen sind, befinden sich in denjenigen Theilen der Körperoberfläche, welche der Luft ausgesetzt sind, unmittelbar ausserhalb der Nerven und Capillaren und speciell in der Nähe der oberflächlich gelegenen Nerven, so wie z. B. des Ulnaris in der Ellbogengegend. Diese „Leprazellen" liegen in solchen Gegenden so dicht zusammengedrängt, dass sie förmliche Tumoren innerhalb und zwischen den einzelnen Nervenbündeln bilden, welche einen zunehmenden Druck auf die Nerven ausüben und letztere auf diese Weise nach abwärts von der Druckstelle vollständig vernichten. Der Vorgang ist aber ein so langsamer, dass während einige Nervenfäserchen in der Degeneration begriffen sind, andere bereits vernichtete sich regeneriren. Diese Degenerations- und Regenerationsvorgänge scheinen nichts Specifisches an sich zu haben; sie unterscheiden sich nicht von den Resultaten der Experimentalläsionen, und wo ein Unterschied scheinbar existirt, so rührt er wahrscheinlich von mangelhafter Beobachtung her. Wenn ein Nerv wie der Ulnaris in der Ellenbogengegend zu Grunde geht, so werden alle Nervengebilde unterhalb dieser Stelle zu gleicher Zeit vernichtet, so z. B. Nervenfasern und Nervenendigungen in den Pacinischen oder Meissner'schen Körperchen, in den Muskeln und in den subepidermalen sowie in den intraepidermalen marklosen Nerven. Die Terminalorgane werden aber erst nach Verlauf von vielen Jahren vernichtet und überleben also längere Zeit die ihnen gehörigen Nervenendigungen. Dem Zugrundegehen des motorischen Nerven folgt die Degeneration der kleinen Muskeln der Hand, und als eine Rückwirkung der peripherischen Degeneration erfolgt zuweilen eine aufsteigende Degeneration der Nervenstränge bis in das Rückenmark hinein, woselbst die motorischen Nervenzellen ebenfalls degeneriren können.

Während also die Nervenendigungen in den Pacinischen und Meissner'schen Körperchen gleich zu Anfang der Krankheit zu Grunde gehen können, können sie auch erhalten bleiben, obgleich die Nerven



des Handrückens vollständig vernichtet sind — ein Beweis, dass der Untergang peripherischer Endigungen nur vom zufälligen Sitze der primären Läsion der Nervenfasern im mittleren Theile ihres Verlaufes abhängig ist. Wenn der Axencylinder an der Druckstelle durchbrochen wird, ziehen sich die beiden Enden desselben auf eine Länge von zwei bis drei interannulären Segmenten spiralförmig zurück. Der peripherische Theil zerfällt wieder in kleinere Bruchstücke, welche dem Tode anheimfallen und in der Gestalt von körnigen Kugeln resorbirt werden; das centrale Ende indessen, wenn es sich regeneriren will, dehnt sich aus und durchbohrt in gerader Richtung sich hinziehend als ein sehr feiner Faden die neugebildeten Segmente.

Die Ansicht der Verf. geht dahin, dass alle Veränderungen, die in der Lepra getroffen werden, auf eine mangelhafte Vitalität der Wander- oder Embryonalzellen ursprünglich zurückgeführt werden können. Diese Zellen, obgleich sie zahlreiche Micrococci und Bacilli enthalten, haben keine specifisch toxische Wirkung auf Nerven und andere Organe. Der Beweis dafür wird von einem Falle versucht, wo alle Tastkörper unverändert geblieben waren, trotzdem die Autoren Hunderte von vereinzelten Nervenfasern in diese Körper verfolgen konnten, welche auf eine Länge von etwa zwei interannulären Segmenten durch Massen von den sogenannten „Leprazellen" hindurch gingen und doch gar keine Veränderung zeigten, was unmöglich wäre, wenn die Bacilli überhaupt eine toxische Wirkung ausübten.

v. Frisch's Untersuchungen über das Rhinosklerom (76) erstrecken sich auf 12 Fälle. Von 6 Fällen waren ihm excidirte und in Alkohol gehärtete Stückchen des erkrankten Gewebes zur Verfügung gestellt worden; die 6 anderen Fälle hatte Verf. frisch zu untersuchen Gelegenheit. In allen Fällen fand Verf. in den Zellen selbst, ferner zwischen denselben und in den interfibrillären Spalten des Bindegewebes eine bestimmte Bacterienart, welche sich unter Anwendung geeigneter Färbungsmethoden in voller Klarheit kenntlich und anschaulich machen liess.

Diese Bacterien haben ausgesprochene Stäbchenform, doch sind die Einzelstäbchen ausserordentlich kurz. Der Längendurchmesser beträgt ungefähr das Anderthalbfache der Breitendimension. Sie finden sich meist zu zweien aneinandergereiht. Nur bei Anwendung sehr

starker Vergrösserungen (**Reichert's** Oelimmersion $^1/_{20}$) bekommt man eine klare Einsicht in diese Verhältnisse.

Die Stäbchen liegen fast ausschliesslich **in den Zellkörpern** eingeschlossen. Zwischen den Zellen und in den Bindegewebsspalten findet man sie relativ selten. Am zahlreichsten und deutlichsten sind sie in jenen geblähten Zellen zu finden, welche die gewöhnlichen Rundzellen um das Drei- bis Vierfache an Durchmesser übertreffen. **Mikulicz**, der diese eigenthümlich gequollenen Zellen ausführlich beschreibt, hält sie für in regressiver Metamorphose begriffene Rundzellen, welche, ähnlich wie dies **Lang** beim Lupus beobachtet hat, „hydropisch" zu Grunde gehen. Es scheint, dass diese Metamorphose direct auf die Aufnahme und Einwirkung der Bacterien zurückzuführen ist.

Auf Verticalschnitten von Rhinoskleromknoten überzeugt man sich, dass diese metamorphosirten Zellen im Gewebe ganz eigenthümlich vertheilt sind. In den tieferen Schichten findet man auf grösseren Strecken von scheinbar gleichmässig gekörnten Rundzellen eine einzige Zelle oder nur wenige solche von Stäbchen erfüllte und stark vergrösserte Zellen. Diese bilden dann das Centrum eines Bezirkes, in welchem man bei genauerer Betrachtung von der Peripherie her die oben beschriebenen Veränderungen Schritt für Schritt verfolgen kann. In den oberflächlichen Schichten nehmen die geblähten Zellen an Zahl zu und an manchen Stellen findet man die unmittelbar unter der Epidermis oder dem Epithel liegenden Schichten fast nur aus diesen gequollenen Formen zusammengesetzt. An frischen oder ungefärbten Schnitten haben diese Theile des Gewebes die grösste Aehnlichkeit mit Fettgewebe; die grossen runden scharfcontourirten Zellen mit ihrem stark lichtbrechenden, bei wandständiger Anordnung der Stäbchen fast homogenen Inhalt können von Fettzellen kaum unterschieden werden. Diese weit vorgeschrittenen Veränderungen finden sich offenbar nur in den ältesten Herden des Krankheitsprocesses.

Nicht sämmtliche Rundzellen des Rhinoskleromgewebes gehen die beschriebenen Veränderungen ein. Ein grosser Theil derselben nimmt, wie schon **Mikulicz** hervorgehoben hat, Spindelzellenform an und verwandelt sich schliesslich in fibrilläres Bindegewebe. Auch in den Spindelzellen lassen sich hie und da noch Stäbchen nachweisen.

Was die **Methode der Untersuchung** betrifft, so wurden sämmtliche Gewebsstücke in absolutem Alkohol gehärtet und die an-



gefertigten Schnitte sodann in der bekannten Weise mit Anilinfarben tingirt. Methylenblau färbt die Stäbchen am intensivsten; Gentianaviolett, Methylenblau, Fuchsin, Bismarkbraun und Vesuvin geben ebenfalls gute Bilder. Es wurden durchgehends einpercentige wässerige Lösungen der Farbstoffe verwendet. Besonders deutliche Bilder erhält man, wenn man die Schnitte, nachdem sie aus der Farblösung in destillirtes Wasser gebracht und darin gut ausgewaschen wurden, in eine $^1/_2$percentige Lösung von kohlensaurem Kali überträgt und daselbst 2 bis 3 Minuten belässt. Werden sie dann in gewöhnlicher Weise in Alkohol und Nelkenöl aufgehellt, so entfärbt sich das ganze Gewebe, nur die Stäbchen behalten den Farbstoff.

Reinculturen der Bacterien des Rhinoskleroms unterliegen keinen besonderen Schwierigkeiten. Schneidet man einen frischen Knoten, nachdem er an der Oberfläche sorgfältig gereinigt worden ist, mit einem scharfen Messer ein und streicht man vorsichtig von der Schnittfläche etwas von dem Gewebssafte aus, so hat man, wie man sich durch Ausstreichen der Gewebsflüssigkeit auf dem Objectträger, Eintrocknen und Färben überzeugen kann, fast immer eine grössere oder geringere Menge der charakteristischen Stäbchen in der Flüssigkeit vor sich. Bringt man eine kleine Menge so gewonnenen Gewebssaftes in eine kleine feuchte Kammer, die sich am bequemsten nach dem Vorgange von R. Koch aus einem hohlgeschliffenen Objectträger herstellen lässt (auf denselben wird ein Deckgläschen, an dessen unterer Fläche als Nährflüssigkeit ein Tropfen Humor aqueus hängt, mit reinem Oele aufgekittet), so kann man bei einer Temperatur von 35 bis 40° C. schon nach wenigen Stunden eine reichliche Vermehrung der kurzen Stäbchen beobachten. Auswachsen zu langen Fäden oder Bildung von Dauersporen konnte Verf. nicht constatiren. Die Vegetationen sind dem freien Auge als eine zarte, weissliche Wolke kenntlich. Die Stäbchen zeigen keine selbstständige Bewegung.

Die Deckgläschen wurden nach 24, 36 und 48 Stunden von den Objectträgern abgehoben, rasch über Schwefelsäure getrocknet und sodann gefärbt. Verf. konnte in keinem Falle eine zufällige Beimischung fremder Organismen wahrnehmen.

Auch auf Blutserum und Fleischwassergelatine (R. Koch) vermehren sich die Stäbchen reichlich. Nur geht das Wachsthum, entsprechend der niedrigeren Temperatur (25° C.), etwas langsamer vor sich.

Impfversuche haben durchaus negative Resultate ergeben. Verf. brachte theils frisch ausgestrichenen Gewebssaft, theils den Züchtungsflüssigkeiten entnommene Culturen, endlich kleine Gewebsstückchen Hunden, Kaninchen und Meerschweinchen durch kleine Verletzungen unter die Schleimhaut der Nasenhöhle, ohne dass Verf. trotz achtmonatlicher Beobachtung die geringsten localen Veränderungen wahrnehmen konnte. Das Allgemeinbefinden der Versuchsthiere wurde natürlich durch den minimalen Eingriff nicht im geringsten alterirt. Die Unempfänglichkeit der vom Verf. benutzten Versuchsthiere schliesst natürlich nicht aus, dass das Rhinosklerom etwa durch directe Impfung in die Nasenschleimhaut des Menschen oder vielleicht auf irgend ein anderes Versuchsthier übertragbar sei.

Aus diesen Untersuchungen geht hervor:

1. Dass sich im Gewebe des Rhinoskleroms constant eine bestimmte Form von Bacterien findet;

2. dass diese Bacterien sich ferner durch die eigenthümliche Anordnung in den Gewebszellen charakterisiren;

3. endlich, dass durch diese Bacterien höchst wahrscheinlich die beschriebene, bisher anderweitig noch nicht beobachtete regressive Metamorphose aller jener Zellen hervorgerufen wird, in deren Protoplasma dieselben eingedrungen sind. Diese Metamorphose manifestirt sich durch Verschwinden des Zellkernes, allmähliches Grösserwerden der Zelle bei gleichzeitigem Schwinden der Protoplasmakörnung und endlicher Umwandlung des Zellprotoplasmas in eine wahrscheinlich flüssige Substanz. Die neben diesem regressiven Processe einhergehende Bildung fibrillären Bindegewebes aus jenem Theile der Rundzellen, welche von der Bacterieninvasion nicht befallen wurden, hält Verf. für ein weiteres wesentliches, vielleicht von der specifischen Art der Organismen abhängiges Merkmal des Krankheitsprocesses. Es wird von allen Beobachtern betont, dass das Rhinosklerom nie zum Zerfall des infiltrirten Gewebes führt, vielmehr „in der Bildung eines festen schrumpfenden Bindegewebes seinen Abschluss findet". Das **Wesen** des Processes muss als **chronische Entzündung** aufgefasst werden.

Der ausserordentlich langsame Verlauf der Krankheit, die Bildung von Knoten in der Haut, der Befund von Stäbchen in den Zellen, endlich das zuweilen wahrnehmbare Auftreten von flachen atrophischen Hautnarben an Stellen, welche früher von Knoten eingenommen waren, **erinnern vielfach an Lepra**. Nichtsdestoweniger



ist das Rhinosklerom, wie schon aus der Thatsache hervorgeht, dass man es bei Lepra mit einer ganz anderen Art von Stäbchen zu thun hat, durchaus nicht mit Lepra zu identificiren.

Nach Posadsky's Bericht (77) fanden sich an einem 38jährigen Manne mehr als 330 Neubildungen fibrösen Charakters verschiedenster Grösse über den ganzen Körper zerstreut, ganz wie in dem bekannten Falle Virchow's. Nur behauptet der Kranke, alle vorhandenen Geschwülste seien congenital und schon bei seiner Geburt seien die einzelnen von sehr verschiedener Grösse gewesen. Mit seinem Wachsthum seien auch die Geschwülste gewachsen, ihre Zahl habe nicht zugenommen; und seitdem er zu wachsen aufgehört habe, sei auch die Grösse der Tumoren unverändert geblieben.

Caspary.

Dermatomykosen.

78. **Balzer**. Histologische Untersuchung über Favus und Trichophytie. (Arch. gén. de méd. Oct., 1881.)
79. **Stevenson**. Herpes circinatus. (Edinburgh med. Journ. Nr. 320, 1882.)
80. **Crane**. Chrisma als Parasiticidum. (Lancet. II. p. 76, 1881.)
81. **Crocker**. Ueber das Contagium der Impetigo contagiosa. (Lancet. 21. Mai 1881.)

Balzer gibt (78) die Resultate einer grösseren seit 1878 von ihm fortgesetzten Arbeit über Mykosen der Haut, indem er das Hauptgewicht auf die Sporen und die daraus hervorgehende Tubenbildung legt. Es weist darauf hin, dass bei Favus der Pilz sehr gedeckt werde durch häufige und zahlreiche accidentelle Microben-Anhäufungen. Die Favus-Sporen bestehen aus einer homogenen und durchsichtigen Hülle und einer sich durch Reagentien färbenden centralen Masse. Die Mycelium-Tuben sind unregelmässig verästigt, mit kurzen Zwischenräumen, ihre Wand transparent und homogen, ohne Kerne, sie schliessen in der Regel unregelmässig cubische Sporen ein. Die Sporen entstehen theils durch intratubulöse Theilung, theils durch Knospung. Die Haare werden bei Favus wenig und in zweiter Linie verändert, sie werden dann mäusegrau, brüchig. Das Eindringen des Pilzes in die Haare geschieht nicht blos direct, sondern auch indirect durch die Haarwurzel. In der Regel verlässt er die Hornschicht



nicht (Unna) und drückt nur die malpighischen Zellen zusammen, doch kommt in vorgeschrittenen Stadien auch ein solches Eindringen in das Lederhautgewebe vor. Der Verf. unterscheidet sonach das Stadium der Hornhaut-Vegetation und der Lederhaut-Vegetation, endlich jenes der Narbenbildung und des Haarschwundes.

Der Pilz des Herpes tonsurans hat regelmässigere und weniger verzweigte Tuben als das Achorion, die Sporen sind elliptisch oder oval. Er liebt die trockenen und verhornten Schichten der Haut. Die Schuppen schliessen nur Mycelium, (? A.) die Haare auch Sporen ein. Der Pilz dringt zuerst blos in die Peripherie des Haares, dann erst in das Haarmark selbst ein. Zuletzt verschwindet das Cuticulum des Haares. Auf der Haut kommen längere und verzweigte Tuben, grössere Sporen als am Haare vor.

Stevenson sucht (79) den Nachweis zu liefern, dass die Ausbreitung von Ringworm hauptsächlich dadurch geschehe, dass die Wäsche und Kleider von damit Behafteten zugleich mit jenen Anderer in denselben Gefässen gewaschen werden. Bei Soldaten soll sich dies z. B. in Kasernen zu Evidenz nachweisen lassen.

In einer Note in der Lancet empfiehlt Crane (80) Chrisma, ein Nebenprodukt bei der Petroleum-Erzeugung, als vortreffliches Mittel gegen Mycosis circinata, Scabies, Läuse u. s. w. Es soll in Salbenform angewendet werden.

Bekanntlich waren die bisherigen Nachforschungen in Betreff eines für die Impetigo contagiosa charakteristischen Pilzes völlig unbefriedigend. Kaposi, Geber, Hutchinson und Piffard beschrieben von einzelnen Fällen von Impetigo contagiosum Mikroorganismen verschiedener Art, ohne selbst an deren pathogenetische Bedeutung zu glauben. Alle diese Befunde stammten aus den Krusten, in der Blasenflüssigkeit hatte bisher niemand Pilze aufgefunden. Crocker gewann nun (81) Lymphe und Eiter aus den noch ungeborstenen Efflorescenzen durch Einstossen eines Capillarröhrchens und fand Mikrococcusketten frei oder den Epithelzellen, nicht den Eiterkörperchen, anhängend. In den Pusteln waren sie häufiger als in den Bläschen, aber hier erst nach Zusatz von Methylviolett sicher unterscheidbar. Bacterien fanden sich nicht. Die Mikrococcen waren klein, bei 350facher Vergrösserung eben, besser bei 550facher sichtbar.

Buchanzeigen.

Vorlesungen über neuere Behandlungsweisen der Syphilis von Dr. Carl Sigmund, Ritter v. Ilanor. Dritte vielfach vermehrte Auflage. Wien, Urban & Schwarzenberg. 1883.

Angezeigt von H. Auspitz.

Eine neue, dritte Auflage des wohlbekannten Büchleins v. Sigmund's über neuere Behandlungsweisen der Syphilis ist binnen kurzer Zeit nöthig geworden. Sie ist wie die zweite in Form von Vorlesungen abgefasst und enthält neben zahlreichen therapeutischen Zusätzen auch in einem eigenen Capitel die pathologischen Anschauungen des Verf. in Kürze exponirt, so weit dies vom Standpunkt des Klinikers ohne dogmatische Vertiefung in die Theorie ausführbar erschien. Was von den ersten Auflagen des Büchleins gesagt wurde, gilt in noch höherem Grade von der dritten: es sind darin die im Laufe einer langjährigen Thätigkeit an einem reichen Material gewonnenen Erfahrungen in der klarsten und gewinnendsten Form niedergelegt. So ist diese Schrift eine Art Leitfaden ohne allzu gelehrte Alluren, aber mit genauer Darlegung dessen, was die klinische Wissenschaft von heute dem praktischen Arzte bei der Bekämpfung der Syphilis zu bieten im Stande ist, nicht blos am Krankenbette, sondern auch von jenen allgemeinen Gesichtspunkten aus, welche v. Sigmund den Volkskrankheiten im Grossen gegenüber stets zur Geltung zu bringen verstanden hat.

Lehrbuch der Syphilis und der mit dieser verwandten örtlichen venerischen Krankheiten. Herausgegeben v. Prof. Dr. H. Zeissl und Dr. M. Zeissl. IV. Auflage. Stuttgart, bei F. Enke 1882.

Angezeigt von H. Auspitz.

Es hiesse Bekanntes wiederholen, wenn man die Vorzüge des Lehrbuches der Syphilis von Zeissl, dessen I. Auflage im J. 1876

erschienen ist, abermals hervorheben wollte. Diese Vorzüge sind auch der eben erschienenen IV. Auflage eigen, welche H. Zeissl in Gemeinschaft mit seinem Sohne Maximilian Zeissl, dem Autor mehrerer schätzenswerther Detailaufsätze über verschiedene Capitel des Faches redigirt hat. Im Grossen und Ganzen ist das Buch seiner ursprünglichen Anlage und in Bezug auf den Contagiums - Standpunkt dem Dualismus treu geblieben; einzelne Capitel erscheinen in Folge genauer Würdigung und Aufnahme der Literatur gänzlich umgearbeitet, andere wesentlich bereichert. Bewahrt blieb dem Buche in erster Linie die Treue der klinischen Beobachtung, welche ja stets den grossen Vorzug desselben gebildet hat, und die eingehende und gefällige Darstellung. Einzelne Special-Capitel sind von Fachmännern (Grünfeld, Hock, N. Weiss, Schrötter, O. Chiari, Mauthner und Maly) separat bearbeitet, wie dies ja heutzutage üblich geworden ist. — Das Buch ist vorzüglich ausgestattet.

Die neuropathischen Dermatonosen. Von Dr. Ernst Schwimmer, Prof. der Dermatologie und Syphilis an der Universität und Chefarzt im allgem. Krankenhause in Buda-Pest. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg 1883.

Besprochen von Dr. Eduard Schiff in Wien.

Es ist gewiss ein Zeichen wissenschaftlicher Vertiefung, wenn man sich mit der einfachen Beobachtung der Erscheinungen auf welchem Gebiete der Wissenschaft immer nicht mehr begnügt, sondern bestrebt ist, denselben auf den Grund zu sehen, ihren Causalnexus mit anderen oft verborgenen Erscheinungen festzustellen und auf diese Weise nicht nur das Was, sondern auch das Wie und Warum der Dinge zu erforschen. Wir können uns über dieses Bestreben des nimmer rastenden menschlichen Geistes nur freuen, denn eine, die Garantien des Erfolges in sich tragende wissenschaftliche Forschung ist in einer anderen Weise nicht möglich. Datiren doch die grossen Fortschritte in den Naturwissenschaften erst aus jener Zeit, seitdem diese allgemeine Regel das leitende Princip geworden. Auch die Dermatologie war nur zu lange ein Wissensgebiet, das sich auf die äussere Beobachtung morphologischer Veränderungen beschränkte, ohne hinreichend deren Zusammenhang mit anderen Alterationen in den Kreis ihrer



Betrachtung zu ziehen. Das grosse Verdienst Hebra's war es, Ordnung in den grossen Wust des aufgespeicherten Materials gebracht und die verschiedenen Bilder nach ihrer Zusammengehörigkeit gesichtet zu haben. Dass sein Werk ein vollendetes gewesen, behauptet er selbst nicht. War er doch der erste, der diesen Weg betreten, und unterlaufende Fehler auf demselben nicht zu vermeiden, die eine spätere Erkenntniss erst als solche erweisen konnte. Der zum Ziele führende Pfad war jedoch gezeigt, und aller Orten sehen wir andere Kräfte sich an die Arbeit machen, um das System der Hauterkrankungen den Resultaten der neuesten Erfahrungen anzubequemen. In derselben Woche, in der Hebra sein thatenreiches Leben beschloss, erschien Auspitz's System der Hautkrankheiten, das wir nicht nur zur Zeit seines Erscheinens, sondern auch noch heute, zwei Jahre später, als den Spiegel ansehen müssen, in dem sich der gegenwärtige Zustand unserer Specialwissenschaft getreu reflectirt und welcher derzeit als noch unverrückbarer Standpunkt für die Beurtheilung der dermatologischen Processe dient, soweit unsere Kenntniss derselben heute eben reicht. Wir wollen damit durchaus nicht gesagt haben, dass das Auspitz'sche System im Laufe der Zeit und mit der fortschreitenden Entwicklung und Zunahme unserer Kenntnisse über die pathologischen und ätiologischen Vorgänge nicht mannigfachen Veränderungen und Verbesserungen unterworfen werden würde; wir sind im Gegentheile dessen gewiss; allein, was wir unter allen Umständen betonen und wovon wir fest überzeugt sind, ist, dass ein System der Hautkrankheiten nur im Sinne des Auspitz'schen möglich ist, da es die Dinge nach ihren natürlichen Eigenschaften gruppirt und jede gekünstelte Combination streng perhorrescirt. Mit diesen Worten glauben wir den Standpunkt genügend klar bezeichnet zu haben, auf dem wir stehen und den wir bei der Beurtheilung des S.'schen Werkes festhalten.

Wenn wir uns dennoch von einer einseitigen Kritik der S.'schen Arbeit möglichst frei zu halten suchen, geschieht es aus dem Grunde, weil S. ein viel zu bedeutender Dermatolog, ein zu gewissenhafter Beobachter und gründlicher Kenner und Bearbeiter der einschlägigen Literatur ist, als dass wir nicht jeder seiner Publicationen jenen wissenschaftlichen Ernst entgegenbrächten, auf den sie gegründeten Anspruch besitzen.

Der Cardinalfehler, dem wir in S.'s Buche begegnen, und der um



so schwerer wiegt, wenn es sich um die Aufstellung eines neuen Systems handelt, ist der, dass S. trotz mancher scharfsinnigen Betrachtungen und bestechenden Combinationen doch den Weg der natürlichen Erklärung zu wenig betritt und sich dafür mehr in durchaus nicht erwiesenen, ja sogar im höchsten Grade unwahrscheinlichen, wenn auch manchmal vielleicht blendenden Hypothesen ergeht. Zur Illustrirung des hier Gesagten wollen wir zuerst das System S. in kurzen Strichen skizziren und dann als Stichproben blos einiger Punkte erwähnen, die beweisen, dass S. sich förmlich Zwang anthut, Affectionen aus Gruppen zu delogiren, wohin sie nach ihrer Natur entschieden gehören und wo sie sich schon häuslich niedergelassen, um sie wo anders unterzubringen, wo sie ihr Heimatsrecht unbedingt nicht geltend machen können.

S. theilt die neuropathischen Hautaffectionen in folgende drei Hauptgruppen: A. vasomotorische, B. trophoneurotische und C. idioneurotische. Die vasomotorischen Neurosen theilt er wieder in reine Angioneurosen und angioneurotische Mischformen. Zu den ersten rechnet S. das Erythema congestivum, den Angiospasmus, die Angioparalyse, dann die peripheren und centralen Angioneurosen und endlich das sog. Erythema pudoris und den Pallor cutis, zu den letzten das Erythema angioneuroticum (Eryth. exsud. multiforme), das Fieber-Erythem, die Prodromalerytheme der acuten Exantheme, die Arznei-Erytheme, das Eryth. nodosum und als zweite Unterabtheilung die Urticaria. Die zweite Hauptgruppe wird eingetheilt in: 1. Trophoneurosen des Cutisgewebes, 2. T. des subcutanen Bindegewebes, 3. constitutionelle Trophoneurosen, 4. trophoneurotische Geschwülste, 5. trophoneurot. Pigmentanomalien und endlich T. der Anhangsorgane der Haut. Zu der dritten Hauptgruppe rechnet S. nur die Hyperästhesie, wozu auch der Pruritus gezählt wird, und die Anästhesie der Haut.

Die trophoneurotische Hauptgruppe umfasst die weitaus meisten Affectionen und zwar theilt S. die Trophoneurosen des Cutisgewebes in Flächenerkrankungen (Eryth. trophoneur., Glossy skin und Dermatitis neurotica), in Knötchenerkrankungen (Eczem, Prurigo, Lichen), in Bläschen- und Blasenerkrankungen (Herpes und seine Abarten, Miliaria, Pemphigus), in Gefässaffectionen (Purpura, Naevi vascul., Acne rosac.), in Geschwürsprocesse (Decubitus acutus und symmetrische Gangrän); er rechnet ferner zu den Trophoneurosen des subcutanen Bindegewebes Oedem und Elephantiasis Arabum, zu den constitutionellen Trophoneu-

rosen die Sklerodermie, Atrophie der Haut, Myxödem, Lepra, Ichthyosis, zu den trophoneurotischen Geschwülsten die Neurome und Neurofibrome, zu den trophoneur. Pigmentanomalien die Pigmentvermehrung und Pigmentschwund und schliesslich zu den Trophoneurosen der Anhangsorgane der Haut die Anomalien der Schweissdrüsensecretion, die trophoneurot. Haarerkrankungen (Alopecia areata, Trichorrhexis, Canities) und die trophoneurot. Nagelaffectionen (Nagelhypertrophie und Onychogryphose).

Abgesehen davon, dass uns die allgemeine Definition dessen, was S. unter angioneurotischen Mischformen versteht, durchaus unklar geblieben ist, scheint es uns geradezu unbegreiflich, wie er dasselbe causale Moment in Anspruch nimmt für Affectionen, deren essentielle Grundverschiedenheit ausser Frage steht. Können Fiebererythem und die Prodromalerytheme der acuten Exantheme mit dem Eryth. exsudativum Hebra unter Einen Hut gebracht werden? Nur dann, wenn man, wie der Autor es thut, das Erythema exsudat. multiforme, welches allerdings einen leicht misszuverstehenden Namen führt, als Sammelbegriff für die mannigfaltigsten Erythemformen auffasst, statt darunter eine ganz prägnante Erkrankung zu verstehen.

Wir sahen weiter oben, dass S. den grösseren Theil der Hautkrankheiten zu den Trophoneurosen zählt. Was versteht aber S. überhaupt unter Trophoneurosen? Er sagt, Trophoneurosen „gelten als Störungen der Ernährung, welche von einer bestimmten Nervenkategorie, nämlich den trophischen Nerven, veranlasst erscheinen". Welches sind aber, fragen wir, diese trophischen Nerven? Hat S. oder jemand anderer dieselben schon nachgewiesen? Wir antworten an seiner Stelle mit „Nein". Der Autor stützt also seine ganze Aufstellung auf etwas, was zum mindesten noch durchaus hypothetisch ist.

Die Dermatologen von Fach wird es weiters gewiss nicht wenig Wunder nehmen, zu erfahren, dass S. zu den Trophoneurosen der Haut u. z. specificirt unter den trophoneurotischen Knötchenerkrankungen das Eczem zählt. Warum? S. selbst weiss gegen die althergebrachte Hebra'sche und auch von Auspitz beibehaltene Auffassung des Eczems als Entzündungsdermatose nichts einzuwenden, doch will er, dass für die Aetiologie des Eczems die Nervenbahnen verantwortlich gemacht werden. Die Beweisführung für diese Ansicht ist jedoch mehr als hinkend, denn sie gründet sich eigentlich nur auf vereinzelte Beobachtungen von Neuropathologen, wonach in Folge von



Nervenläsionen unter anderen trophischen Zufällen auch das Auftreten von Knötchen- und Pustelerkrankungen auf der Haut beschrieben werden. In der darauf folgenden Zeile bekennt aber S. selbst, dass „diesen zumeist kurzen Angaben jene distincte Schilderung fehlt, welche diese Ausbrüche als wirkliche Eczeme charakterisiren würden". Wenn also überhaupt fraglich ist, ob es sich in den Fällen, die als Kronzeugen gelten sollen, um ein Eczem handelt, dann fehlt der ganzen Beweisführung der Boden, und wir stehen dort, wo wir gestanden, nur um eine Confusion reicher. Wir würden es vielleicht eher begriffen haben, wenn das, was jene Neuropathologen beschrieben haben, etwa in der Weise aufgefasst worden wäre, wie der bekannte Fundamentalversuch der Keratitis neuroparalytica; allein mit der Ansicht S.'s können wir uns nimmer befreunden. Am Schlusse seines Capitels über das Eczem scheint S. aber selbst bemerkt zu haben, dass er sich auf dieser abschüssigen Bahn etwas zu weit vorgewagt hat, denn er sagt, „es wäre zu weit gegangen, das Eczem immer nur als trophoneurotische Affection zu bezeichnen; die wenigen Fälle aber, die dieser Annahme zu Grunde liegen, fallen bedeutend in die Wagschale eines objectiven Urtheils". Diese „wenigen" Fälle hat aber S. einige Zeilen früher auf ihren wahren Werth zurückgeführt.

Mit der Prurigo, die S. gleichfalls zu den trophoneurotischen Knötchenerkrankungen zählt, während wir es immer gerade als eines der Hauptverdienste Auspitz's angesehen haben, dass letzterer sie gleich Pruritus und den Neuralgien der Haut als reine Sensibilitätsneurose anspricht, macht S. es sich noch leichter. Er sagt: „Der immediate und anatomische Beweis der Veränderung in den peripheren oder centralen Nerven, wie das hie und da beim Eczem gelungen (?), ist bei der Prurigo nicht absolut nothwendig, doch haben wir andere Anhaltspunkte (welche?), um die trophoneurotische Natur des Uebels annehmen zu können, und wir reclamiren für diese Ursachen der Prurigo, ebenso für andere Trophoneurosen das, was Charcot über die Nutritionsstörungen (sind denn alle Nutritionsstörungen Trophoneurosen?) sagt: dass wenn man auch die Ueberzeugung von dem Charakter der Erkrankung hat, die Möglichkeit für den Nachweis derselben oft ungemein schwierig ist". Abgesehen davon, dass S. den betreffenden Ausspruch Charcot's falsch verstanden hat, ist es, nach unserer Ansicht, denn doch zu subjectiv und unzulässig,



etwas, was man nicht beweisen kann, einfach darum als richtig hinzustellen, weil man davon überzeugt ist. Der Vertheidiger in Strafsachen wird seinem Clienten keinen besonderen Dienst damit erwiesen haben, dass er erklärt, persönlich die Ueberzeugung von dessen Unschuld zu besitzen, ohne jedoch in der Lage zu sein, diese Ueberzeugung auch den Richtern beizubringen.

Was S. über den **Herpes progenialis** sagt, den er zu den trophoneurotischen Bläschen- und Blasenerkrankungen zählt, ist uns einfach unverständlich. Handelte es sich nicht um ein Buch, das S. zum Verfasser hat, würden wir sagen, das Capitel sei widersinnig. Sollte hieran vielleicht die gewundene Schreibweise, an der das Buch leider an nur zu vielen Stellen laborirt, Schuld sein? Oder rührt dies davon her, dass es oft auch dem besten und gewandtesten Stylisten schwer wird, in ihrem Wesen unhaltbare und hinfällige Behauptungen in verständliche Form zu bringen?

Wir wollen es bei diesen wenigen, aufs Gerathewohl angezogenen Beispielen bewenden lassen, die aus der zweiten, die „neuropathischen Hautaffectionen" betitelten Abtheilung des Buches ins Unendliche zu vermehren, uns durchaus nicht schwer fallen würde. Unbedingte und rückhaltlose Anerkenung zollen wir jedoch gern dem ersten Theile des Buches, der von den physiologisch-pathologischen Veränderungen bei cutanen Störungen handelt und zwar mit einer Deutlichkeit und Uebersichtlichkeit, wie sie uns noch in keinem Handbuche der Hautkrankheiten entgegengetreten ist.

Warum S. ohne irgend welche Nothwendigkeit und ohne jede weitere Begründung sich veranlasst gesehen hat, am Schlusse eines Buches, das doch nur über neuropathische Dermatonosen handelt, ein vollständiges System der gesammten Hautkrankheiten aufzustellen, ist uns geradezu unerfindlich. Ist denn die Aufstellung eines neuen Systems wirklich eine so einfache Sache, dass man sie nur so nebenbei als Anhängsel einhergehen lässt, oder ein solches schlechtwegs decretirt, wie dies von der amerikanischen dermatologischen Association in ihren ersten Jahresversammlungen geschehen ist — mit begrenzter Dauer auf ein Jahr und nachträglicher Verlängerung — auf wie lange? Wir freuten uns, dass durch **Auspitz's** System der Hautkrankheiten, das die Frucht jahrelanger Studien und scharfsinniger Beobachtungen bildet, die Confusionen, die auf dermatologischem Gebiete nur zu sehr überhand nahmen, zum grössten Theile beseitigt erschienen.

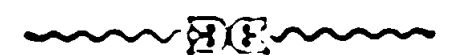
Warum mit Gewalt an die Stelle alter, zum Glücke überwundener Verwirrungen neue setzen, die weder der Sache, noch ihrem Urheber zum Vortheile gereichen?

Nekrolog.

Am 14. September d. J. starb plötzlich im 67. Lebensjahre zu Paris Dr. J. B. Hillairet, Ehrenmitglied und gewesener Abtheilungsvorstand des Hôpital St. Louis, Mitglied der Académie de médecine und des Conseil d'Hygiène et de salubrité de la Seine. Vor zwei Jahren hatte er mit der durch das Gesetz vorgeschriebenen Altersgrenze (65 J.) den Spitalsdienst und seine vielbesuchten Curse über Hautkrankheiten aufgegeben, ohne den Arbeiten, die er unternommen und eifrig fortgeführt hatte, untreu zu werden. Und so begann er denn im Vereine mit einem jüngeren Collegen, Dr. E. Gaucher, die Herausgabe eines längst von ihm vorbereiteten Handbuchs „Traité théorique et pratique des maladies de la peau", dessen erstes Heft, Anatomie, Physiologie und pathol. Anatomie der Haut enthaltend, im vorigen Jahre bei O. Doin in Paris erschienen ist.

Mitten in dieser Publication, welche das Resultat seiner langjährigen Arbeiten enthalten sollte, ereilte ihn der Tod, wohl theilweise in Folge der unausgesetzten Anstrengungen, denen Hillairet sich unterzog. Sein Werk wird durch seinen Mitarbeiter aus den Manuscripten des Verstorbenen, welche vollständig vorliegen, fortgesetzt und beendigt werden, hoffentlich im Sinne und zur Ehre des Dahingeschiedenen.

H. Auspitz.



Varia.

Am 3. August d. J. feierte Geheimrath Prof. v. Rinecker in Würzburg sein 50jähriges Doctorjubiläum, welches mit der 300jährigen Jubelfeier der Universität Würzburg zusammenfiel. Prof. v. Rinecker wurde 1811 geboren, 1832 promovirt und hielt seit 1842 in Würzburg sehr besuchte dermatologische Vorlesungen ab, während er gleichzeitig eine wissenschaftlich hochbedeutende Wirksamkeit als Psychiater und periodenweise auch als Pädiater entfaltete. In seinen Händen ruht auch gegenwärtig noch sowohl die Leitung der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis, als jene der Irrenabtheilung im Juliushospital.

Was v. Rinecker für unser Fach, insbesondere für die Syphilislehre geleistet hat, mit welchem oft von hohem Muthe zeugenden wissenschaftlichen Feuereifer (wir erinnern an die Syphilisimpfungen vom Jahre 1852 und vieles Andere) und mit welchen glänzenden Erfolgen er selber die Disciplin pflegt und seine Schüler zu vortrefflichen Arbeiten anzuregen versteht, bedarf keiner besonderen Ausführung. Wohl aber ist diese Vierteljahresschrift verpflichtet und berechtigt, ihren speciellen Dank dem Manne auszusprechen, welcher stets als Förderer und theilnehmender Berather der Redaction zur Seite gestanden und die Produkte seiner geistigen Thätigkeit auf diesem Gebiete unserem Blatte zuzuwenden nicht müde geworden ist. Und so möge denn dieser Patriarch unter den deutschen Forschern, der heute wie vor vielen Jahren in der vordersten Reihe der „Arbeiter" und der Arbeit in unserem wie in anderen Fächern steht, noch lange der Wissenschaft, seiner Familie und seinen Freunden in voller Kraft erhalten bleiben! Die Redaction.

Wir kündigen das Erscheinen eines neuen Fachjournals in Amerika unter dem Titel: „Journal of Cutaneous and Venereal Diseases" in monatlichen Heften unter der Redaction von Prof. Dr. Henry Piffard und Dr. Prince A. Morrow an, dessen erstes (October-) Heft soeben ausgegeben worden ist. Der wissenschaftliche Ruf der Herausgeber gestattet ein gutes Prognostikon für das Gelingen der neuen literarischen Unternehmung.





Bibliographie vom Jahre 1882.

Erstes Verzeichniss.

Dermatologie.

Adams, Z. B., Neglect of vaccination; a State vaccine establishment. Boston med. and surg. Journ. CVI. p. 117.

d'Albuquerque Cavalcanti, L., Contribution à l'étude de l'étiologie de la pellagre. Thèse. Paris. 4. p. 114 u. 1 Taf.

Alexander, W. T., On an unusual effect of the sulphide of calcium. Arch. of Derm. New-York. VIII. p. 19—22.

Anderson, Mc C., The diagnosis of diseases of the skin. — Med. Times and Gaz. London. I. p. 1, 55, 115, 168, 219, 298.

Arnozan, X., Sclérodactylie; sclérémie étendue à la face et au dos, vitiligo sur le côte gauche du cou, chez une femme de quarante deux ans, atteinte depuis cinq ans de rhumatisme articulaire subaigu. Journ. de méd. de Bordeaux. 1881—82. XI. p. 97—100.

Audie, Alex. Jos., De l'anthrax au point de vue du traitement, appuyé sur des statistiques. Thèse. Bordeaux. 4. p. 117 u. 1 Taf.

Babesiu, V., Ueber die Bacterien des rothen Schweisses. Centralbl. f. d. med. Wissensch. Berlin. XX. p. 146—148.

Baillet, Rapport général sur le service de l'inoculation des génisses vaccinifères. Recueil de méd. vétérinaire. Paris. 6. Sér. IX. p. 121—130.

Baird, J. B., Vaccination. Atlanta med. Reg. I. p. 385—391.

Baltus, Un cas de roséole et d'érysipèle concomitants avec gangrène consécutive. Journ. de scienc. méd. de Lille. IV. p. 189—191.

Barbaret, Henry, Contribution à l'étude de l'onyxis. Thèse. Paris. 4. p. 67.

Barth, H., Pathogènique et physiologie pathologique de l'herpès zoster. Annal. de dermat. et de syphil. Paris. 2. Sér. III. p. 173—182.



Bartholow, R., The variolous diseases; variola (small-pox), varioloid, and vaccina; history, etiology, clinical and pathological characteristics etc. Med. News. Philadelphia. XL. p. 332—340.

Baruch, S., A plea for improved vaccination. Med. Record. New-York. XXI. p. 1—4.

Baudet, De la pustule maligne. Journ. de méd. de Bordeaux. 1881—82. XI. pp. 238—240, 252—255.

Beach, W. M., Cases of small-pox. Ohio Med. Journ. Columbus. I. p. 382—387.

Beaver, D. B. D., A contribution of facts bearing on the question of the deterioration of humanized vaccine virus. Med. News. Philadelphia. XL. p. 204—206.

Benet, V., Un cas de pustule maligne compliquée de tétanos. Marseille méd. XIX. p. 99—105.

Bentley, W. H., A case of lupus cured through use of berberis aquifolium and chaulmoogra oil. Med. Summary. Lansdale Pa. III. p. 253—255.

Bergh, H., The lancet and the law, North Americ. Rev. New-York. CXXXIV. p. 161—169.

Besnier, E., Un cas d'éruption bulleuse dûe à l'iodure de potassium; un cas d'éruption anthracoide dûe au même agent. Annales de dermat. et de syphil. Paris. 2. Sér. III. p. 168—172.

Black, G. V., The histo-pathology of scarlet fever. St. Louis med. and surg. Journ. 1881. XLI. p. 574; 1882. XLII. p. 12.

Boerner, P., Ueber Vaccination mit animaler und humanisirter Lymphe unter besonderer Berücksichtigung des Impferysipels. Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 69—71.

Boiteux, L., Sur l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes. Revue de chir. Paris. II. p. 120—133.

Böning, H., Thatsachen zur Pocken- und Impffrage. Leipzig. 8.

Botte, C., Small-pox and vaccination; predisposing condition and prevention. New cheap edition. Boston. 12.

Böttger, Ein Fall von Psoriasis mit Chrysophansäure behandelt. Memorabilien. Heilbronn. N. F. II. p. 18—21.

Bouley, Expériences publiques sur la vaccination du charbon symptomatique. Tribune méd. Paris. 1881—82. XIII. p. 547—549.

Bourru, H., Mesures prises à Rochefort contre les épidémies de rougeole de la garnison. Revue d'hygien. Paris. IV. 227—235.

Bowditch, V. Y., Unusual or accidental results of vaccination. Boston med. and surg. Journ. CVI. p. 356.

Brébant, Pustule maligne. Union méd. et scient. du nord-est. Reims. VI. p. 90—94.

Browning, B., On the practical working of direct vaccination from the calf. Med. Times and Gaz. London. I. p. 197.

Bruchhausen, B., Ueber die Entstehung, Verhütung u. Heilung der Diphtheritis, der Masern u. d. Scharlach, sowie über die Entstehung des Bandwurmes u. der Trichinen. Berlin. 8.

Brunner, M., Przypadkowe wyleczeni róży wstryknięciem podskórnem morfing. (Behandlung des Erysipels mit subcutanen Morphium-Injectionen.) Medycyna. Warszawa. X. p. 103.

Buchanan, A., Modified and natural small-pox. Med. Press and Circular. London. N. S. XXXIII. p. 128.

Bull, W. H., Case of diffused superpigmented mole of abdomen, side and back. Brit. med. Journ. London. I. p. 304.

Byrd, H. L., Remarks upon small-pox and vaccination. Med. News. Philadelphia. XL. p. 206.

Carpenter, Some of the conditions which modify or increase the infective character of scarlatina. Med. Times and Gaz. London. I. p. 265—268.

Carpenter, W. B., Small-pox and vaccination, in 1871—1881. Nineteenth Centur. London. IX. p. 526—546.

Carpenter, W. B., On vaccination. British med. Journ. London. I. p. 245 und Med. Times and Gaz. London. I. p. 154.

Carrier, A. E., Erythema nodosum. Detroit Clin. I. p. 102.

Carrier, A. E., Psoriasis affecting the scalp, chest, legs and arms and also all the nails on the fingers and toes. Ebenda I. p. 4.

Carrier, A. E., Clinical lecture, fibroma, or moluscum fibrosum. Ebenda I. p. 42—45.

Catiano, Ueber die Störungen nach ausgedehnten Hautverbrennungen. Virchow's Arch. LXXXVII. p. 345—363.

Catois, Eugène Henry, Étude sur le sycosis. Thèse. Paris. 4. p. 136.

Cauchois, Érysipèle phlegmoneux du bras compliqué d'ictère, d'albuminérie et de délire alcoolique; mort rapide; autopsie; lésions de l'aorte, du foie, des reins etc. France méd. Paris. I. p. 265—267.

Cauty, H. E., A bristly boy. Lancet. London. I. p. 12.



Chambard, E., Revue générale sur l'anatomie pathologique de la peau. Annal. de dermat. et de syphil. Paris. 2. Sér. III. p. 111—118, 183—192.

Clark, W. M., Small-pox in Tennessee. Nat. Bd. Health Bullet. Washington 1881—82. III. p. 283.

Collie, A., Small-pox hospitals and small-pox. Sanitary Record. London. III. p. 317—319.

Conrad, J. S., Remarks on small-pox and vaccination. Maryland med. Journ. Baltimore. 1881—82. VIII. p. 481—486.

Cosson, E., Sur un cas de préservation contre la maladie charbonneuse, observé chez l'homme. Comptes rendus d. Acad. de scienc. Paris. XCIV. p. 697.

Coulom, Louis Pierre, Traitement de la pustule maligne par les injections iodées. Thèse. Paris. 4. p. 42.

Dejace, L., Rélation d'une épidémie de variole qui a sévi dans les communes de Flémalle-Grande et de Flémalle-Haute, en 1880 et 1881. Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belgique. Bruxelles. 3. Sér. XVI. p. 145.

Depaul, Decouverte du cowpox dans la Gironde. Bulletin de l'Acad. de méd. Paris. 2. Sér. XI. p. 17—25.

Dibrell, J. A., Small-pox regulations in Arkansas. Nat. Bd. Health Bullet. Washington. 1881—82. III. p. 243,

Diday, P., Herpès vaccinal. Lyon méd. XXXIX. p. 348—350.

Dimon, T., Tetanus following vaccination; importance of reliable virus. St. Louis Courier of med. VII. p. 310—312.

Duane, A., Charbon and the theory of preventive inoculation. New-York med. Journ. XXXV. p. 42—53.

Duhring, L. A., Epithelioma of the skin. Philadelphia med. Tim. XII. p. 347.

Duláczka (Dulácska), G., Ueber Scarlatina. Aus: Gyógyászat Nr. 1, 2, 5, 6 in der Pester med.-chir. Presse. Budapest. XVIII. p. 173—175.

Duluc, Report sur le cowpox spontané d'Eysines. Journ. de méd. de Bordeaux. 1881—82. XI. p. 263—267.

Duvernoy, E., Scarlatine maligne adynamique; ictère; mort. France méd. Paris. I. p. 38—42.

Edwards, J. F., Vaccination; argumento pro and con; with a chapter on hygiene of small-pox. Philadelphia. 16.



Eger, jun., Ueber die zur Zeit in Breslau herrschende Scharlach-epidemie. Breslauer ärztl. Zeitschr. IV. p. 25—30.

Faisans, Léon, Des haemorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux, et en particulier du purpura myélopathique. Thèse. Paris. 4. p. 92.

Faliu, De l'âge et de l'origine de la variole dans le monde. Paris. 8. p. 78.

Faludi, G., Az orbáncz kezeléséhez (Behandlung des Erysipels). Orvosi hetilap. Budapest. XXVI. p. 140.

Ferguson, J., Sudden canities. Canadian Journ. of med. scienc. Toronto. VII. p. 113.

Ferguson, J., Viola tricolor in a case of chronic eczema. Ebenda p. 110.

Ferreri, G., Sulla diffusione della pustula maligna in alcuni communi dell' Umbria ed esperience di un nuovo mezzo terapeutico. Gazz. med. di Roma. VIII. p. 37—45.

Fleming, G., On the relations of small-pox and cow-pox. Brit. med. Journ. London. I. p. 135.

Flora, D.W., Quinine rash. Michigan med. News. Detroit V. p. 90.

Ford, W. H., Preventive management of small-pox. Med. News. Philadelphia. XL. p. 259--262.

Foster, Eugene, Prevention and control of small-pox. Atlanta med. Register. N. S. I. p. 321—341.

Fox, G. H., A case of xanthoma tuberculosum et striatum. — Arch. of Dermat. New-York. VIII. p. 23.

Fox, G. H., The permanent removal of hair by electrolysis, report of cases. Med. Record. New-York. XXI. p. 253—257.

Fox, G. H., An improved plan of using chrysophanic acid externally. Med. News, Philadelphia. XL. p. 289.

Fox, G. H., The treatement of winemark by electrolysis. Arch. med. New-York. VII p. 166—171.

Fürbringer, Naphtalin als Antiscabiosum. Berliner klinische Wochenschr. XIX. p. 145.

Galibern, Abdon, Traitement du lupus; accidents et complications. Thèse. Paris. 4. p. 48.

Garnier, P., Études récentes sur la sclérodermie. Arch. générales de méd. Paris. II. p. 73—88.



Garrigues, H. J., Ineffective vaccine virus. Med. Rec. New-York. XXI. p. 347.

Gibier, P., La bactérie du pemphigus; recherches sur l'étiologie de la fiévre pemphigoide (pemphigus aigu; fiévre bulleuse). Annales de dermat. et de syphil. Paris. 2. Sér. III. p. 101—110.

Giles, Alfred E., The iniquity of compulsory vaccination, and the inconstitutionality of its statutes. Hyde Park, Mass. 1882. p. 7.

Goldhaber, A., Rumień wielopostaciowy Hebry. (Fall von Erythema exsudativum.) — Przeglad lekarski. Kraków. XXI. p. 104.

Guibout, Des maladies de la peau en général considérées au point de vue de leur gravité. Gaz. des Hôpitaux. Paris. LV. p. 43—46.

Harris, E., Small-pox regulations in New-York; circular of the State Board of Health. Nat. Bd. Health. Bullet. Washington. 1881—82, III. p. 241—243.

Havas, (Hamburger) A., A börfarkas (lupus vulgaris Hebra) kezelése. Orvosi hetilap. Budapest. XXVI. p. 118, 144, 167.

Hebra, H. von, Ein Fall von symmetrischem, partiellem, congenitalem Defect der Cutis. Mittheil. aus d. embryolog. Instit. der k. k. Universität in Wien. II. p. 85—93 und 3 Taf.

Hebra, H. von, Untersuchungen über die Schichten der menschlichen Oberhaut. Ebenda. p. 77—84 und 2 Tafeln.

Heitzmann, C., Remarks on acido-galvano-cautery for epilation. St. Louis Courier of med. VII. p. 16—19.

Helmkampff, Zur Impfung. Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 148—150.

Hernando, B., La lepra en Granada. Clinica. Zaragoza. 1881, V. pag. 401, 409; 1882. VI. p. 1, 11,

Hertzka, E., Ein Fall von Xanthoma. Berliner klinische Wchenschr. XIX. p. 89.

Hervieux, Note sur le „vaccin de la Gironde". Bulletin de l'Acad. de med. Paris. 2 Sér., XI. p. 62—73.

Herzog, J., Ein Fall von Morbilli-Scarlatina. Berliner klinische Wochenschr. XIX. p. 105—108.

Hillis, John D., Leprosy in British Guiana. An account of West-Indian leprosy. London. 1881. 8. p. 275 u. 22 Taf.

Hoggan, G. und Frances E. Hoggan, Ueber Nervenveränderungen bei Lepra anaesthetica. Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg u. Leipzig. I. p. 3—5.



Holt, A. H., Unusual or accidental results of vaccination. Boston med. and surg. Journ. CVI. p. 271.

Huber, K., Ein unvorhergesehener Zwischenfall bei Impfpocken. Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 134.

Huddlison, J. F., Small-pox and vaccination. Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVI. p. 288.

Hutchinson, J., Pemphigus in infants. British med. Journ. London. I. p. 79.

Hutchinson, J., Treatment of lichen psoriasis (lichen ruber). Ebenda. p. 6.

Irsai, A., Ueber den Einfluss des Nervensystems auf die pathologischen Veränderungen der Haut. Wiener med. Presse. XXIII. p. 217—219.

Iryz, J. M., Memoria sobre la enfermedad pintada de las Américas, llamada vulgarmente mal del pinto, tina ó mal de las manchas. Independ. méd. Mexico. 1881—1882. II. p. 259—268.

Jahn, Ist die Psoriasis übertragungsfähig? Deutsche med. Zeitg. III. p. 25.

Jansen, H. A., Over de onzichtbare huidafscheiding bij den gezonden mensch en bij nierlijders. Goes. 8.

Jenkins, G. T., Permanence of the scarlatinous virus. Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVI. p. 372.

Joffroy, A., Deux observations de zona et d'atrophie musculaire du membre supérieur. Arch. de la physiol. norm. et pathol. Paris. 2. Sér. IX. p. 170—173.

Jougla, La variole à Toulouse de 1869 à 1879. Revue méd. de Toulouse. XVI. p. 37—56.

Kaposi, M., Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen, für praktische Aerzte und Studirende. 2. Auflage. 1. Hälfte. Wien. 8.

Kassowitz M., Ueber das Verhältniss zwischen Rötheln und Masern. Wiener med. Blätter. V. p. 97, 132, 167.

Kempf, E. J., A comparative test of the efficiency of bovine and humanized vaccine virus. Louisville med. News. XIII. p. 124.

Kiernan, J. G., Insanity from scarlatina. St. Louis clinic. Record. VIII. p. 289—291.

Kilpatrick, A. R., Erysipelas weed. Texas med. and surg. Record. Galveston. II. p. 44—48.

Kinne, A. F., The use of quinine in scarlet fever; is quinine a germicide? Obstetric Gaz. Cincinnati. V. p. 119—122.

Klink, E., O dzialaniu naftolu w chorobach skórnych. (Naphta gegen Hautkrankheiten.) Pamietnik. Towarzystwa Lekars. Warszawa. LXXVIII. p. 92—114.

Landesberg M., Joborandi and pilocarpine. Med. Bullet. Philadelphia. IV. p. 43.

Leichtenstern, O., Ueber die 1880 und 1881 in Köln herrschende Scharlach-Epidemie. Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 173—175.

Lewandowsky H., Retropharyngeal-Abscess und Scharlach. Berliner klin. Wochenschr. XIX. p. 116—118.

Lewis, De, The treatment of scarlatina. Med. Record. New-York. XIX. p. 283.

Lombroso, C., Le poison du maïs et la pellagre. Revue scientifique etc. Paris. XXIX. p. 116—120.

Lougnet, R., De la trichophytie par contagion animale et en particulier chez les cavaliers. Recueil de mémoires de méd. militaires. Paris. 3 Sér. XXXVIII. p. 48—75.

Lopez Rubio, W., Dos palabras sobre et tratamiento del antrax por la inyecciones fenicadas. Siglo med. Madrid. XXIX. p. 155.

Machek, E., O zmianach wziennikowych w oczach królików w przypadkach ogólnego zakażenia waglikowego. (Bacillus anthracis in dem Auge eines Kaninchens mit dem Ophthalmoskop gesehen.) Przegląd lekarski. Kraków. XXI. p. 29.

Macphedran, A., Leprosy in Cape Breton. Canadian Journ. of med. science. Toronto. VII. p. 15.

Mairie, L. E., Death from homorrhage in scarlatina. Detroit Clinic. 1881—1882. I. p. 35.

Majocchi D., Sul moderno indirizzo della dermatologia mercè i progressi dell' anatomia patologica. Gazz. med. di Roma. VIII. p. 52—56.

Marcley, I. J., Variola in Buffalo. Buffalo med. and surg. Journ. 1881—1882. XXI. p. 237—346.

Martin H. A., Anti-vaccinism. North-Americ. Rev. New-York. CXXXIV. p. 368—378.

Martin, H. A., A most rare, possibly unique case of general eruption of vaccina. Med. Record. New-York. XXI. p. 393—396.

Mc Craith, J., The practice of physic in Smyrna. My experience of vaccination. Med. Times and Gaz. London. I. p. 172.

Mc Ilvaine, T. M., Vaccinal Urticaria. Peoria med. Month. 1881—1882. II. p. 399—401.

Mc Millan, D. J., Effects of vaccination. Med. News. Philadelphia. XL. p. 806.

Mc Sherry, R., A memorandum on vaccination, inoculation and small-pox. Maryland med. Journ. Baltimore, 1881—1882. VIII. p. 388—391.

Meza, J., Notas sobra vacuna. Revista med. quirurg. Buenos Aires. 1881—1882. XVIII. p. 234—238.

Miles, A. J., Small-pox in Cincinnati, Ohio. Nat. Bd. Health Bullet. Washington. 1881—1882. III. p. 221.

Minor T. C., Small-pox; historical notes on the epidemics of 1879, 1880 and 1881. Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 99—112.

Minor, T. C., Small-pox at Cincinnati. Nat. Bd. Health Bullet. Washington. 1881—1882. III. p. 229.

Mitchell, R. B., A case of scarlet fever complicated by acute mania. Edinburgh med. Journ. 1881—1882. XXVII. p. 721—724.

Moncorvo et Silva Araujo, De l'emploi de l'électricité dans le traitement de l'éléphance (éléphantiasis des Arabes). Journ. de thérap. Paris. IX. p. 1—15.

Morris, J., Observations on vaccination with bovine lymph. Maryland med. Journ. Baltimore. VIII. p. 536—539.

Orr, G. W., Report of an epidemic of measles. Physician and Surg. Ann. Arbor, Mich. IV. p. 60—64.

Osborne, N., Should United States laws be enacted making vaccination compulsory? Transact. Homoeopath. med. soc. New-York. 1880—1881. Havana. 1882. XVI. p. 425—427.

Pardo, P. A., La vacunacion en Cordoba y el departamento nacional de higiene. Revista med. quirurg. Buenos Ayres. 1881—1882. XVIII. p. 228—230.

Parola, G., Sullo stato sanitario della provincia di Cuneo in rapporto colla pellagra. Giornale di soc. ital. d'igien. Milano. IV. p. 20—27.

Pasteur, Resultats des vaccinations charbonneuses pratiques pendant les mois de juillet, août et septembre 1881. Arch. vétérinaires. Paris. VII. p. 177.



Patino, F. La vacuna obligatoria. Independencia méd. Mexico. II. p. 337.

Perna, L., Caso de lepra tuberculosa. Independencia méd. Barcelona. 1881—1882. XVII. p. 64.

Perroud, (Rapport) sur l'état de la variole et de la vaccine dans le département du Rhône, pendant l'année 1881. Lyon méd. XXXIX. p. 337—346.

Peuch, Note sur un cas de horse-pox. Revue méd. de Toulouse. XVI. p. 33—36.

Pialoux, A. Pierre, Contribution à l'étude du pemphigus. Thèse. Bordeaux. 4. p. 43.

Picot, C., Roséole. Nouv. diction. de méd. et chir. prat. Paris. XXXI. p. 771—776.

Pick, F. J., Ueber Urticaria perstans; ein Beitrag zur Pathologie der Urticaria. Zeitschr. f. Heilk. Prag. 1881—82. II. p. 417—428 u. 1 Taf.

Pietrzycki, M., History of the small-pox epidemic in Dayton Wash. Terr. Pacific med. and surg. Journ. San Francisco. XXIV. p. 400—403.

Planellas, A., Del histricismo y otras formas de ictiosis. Independencia med. Barcelona. 1881—82. XVII. p. 85, 97.

Porterfield, F., Suspectibility to variola. Med. and surg. Rep. Philadelphia. XLVI. p. 26.

Post, A. C., On the local treatment of circumscribed gangrenous inflammations of the skin and cellular tissue, comonly known as carbuncles and furuncles. Med. Record. New-York. XXI. p. 281—283.

Powell, R. W., On erysipelas. Canada med. and surg. Journ. Montreal. 1881 - 82. X. p. 321—325.

Prichard, R., Three attacks of scarlet fever within two years in the same patient. Glasgow med. Journ. XVII. p. 39—41.

Pulido, A., Sobre el carbunco à propósito de una observacion clinica. Siglo méd. Madrid. XXIX. p. 8, 27, 42, 54, 72, 107.

Purdon, H. S., Note on cutaneous pruritus. Practitioner. London. XXVIII. p. 20.

Rauch, J. H., Order of the Illinois State Board of Health concerning the prevention of small-pox. Nat. Bd. Health Bullet. Washington. 1881—81. III. p. 279—281.

Ravogli, The skin an organ of touch. Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 127—133.



Recklinghausen, F. v., Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu d. multiplen Neuromen. Berlin, A. Hirschwald. 8. p. 144 u. 5 Taf.

Raymond, F., Variole hémorrhagique. Progrès méd. Paris. X. p. 95—97.

Rendu, Des éruptions secondaires d'ecthyma et de pemphigus qui surviennent dans le cours de la variole. Union méd. Paris. 3 Sér. XXXIII. p. 208, 218.

Riegel, R., Ueber Pemphig. d. Erwachsenen m. Ausschluss d. Pemphigus syphilitic. Wiener med. Wchenschr. XXXII. p. 183, 217, 241, 272.

Riemslagh, Institut vaccinogène de l'armée, crée à Anvers par décision de M. le Ministre de la Guerre en date du 19 Août 1881. Rapport. Arch. méd. belges. Bruxelles. 3 Ser. XXI. p. 97—119.

Roberts, D. J., Vaccination; bovine or humanized, which? Southern Practitioner. Nashville. IV. p. 36—42.

Robinson, Alopecia areata in a man twenty-six. Lancet. London. I. p. 395.

Roddick Two cases of pemphigus treated with arsenic. Med. News. Philadelphia. XL. p. 319.

Rodet, A., Contribution à l'étude expérimentale du charbon bactéridien. Journ. de méd. vétér. et zootech. Lyon. 1881—1882, 3. Sér. VI. p. 451, 507, 576, 622.

Root, P. S., Scarlatina sine eruptione. Detroit Clinic. I. p. 101.

Rossignol, H., Sur la durée de l'immunité consécutive à la vaccination charbonneuse. Arch. vétérinaires. Paris. VII. p. 81—85.

Rószahegyi, A., Experiment on Pasteur's protective inoculation against anthrax in Hungary. Practitioner Lond. XXVIII. p. 152—160, 227—236.

Sandberg L., Beiträge über das Wesen des Pemphigus chronicus. Aerztl. Intelligenzbl. München. XXIX. p. 89, 105.

Sangster, A., Tropic skin changes of neurotic origin. Lancet. London. I. p. 224—226.

Sangster A., Isolation in ringworm cases not necessary. Ebenda. I. p. 329.

Sargent, J., Is scarlatina contagious? Boston med. and surg. Journ. CVI. p. 238.

Saxe, A. W., Hawaiian leprosy. Transact. of the med. soc. of California. Sacramento. 1881—1882, XI. p. 278—301.



Scharnowski, J. W, Die locale Milzbrandwunde beim Menschen und ihre rationelle Behandlung. Centralblatt für Chir. Leipzig IX. p. 111—113.

Schondermark, J., Jets over naphtolum als huidmiddel. Genees-kund. Courant. Tiel. XXXVI. Nr. 7.

Secretan, L., A propos d'un cas de pemphigus aigu vrai. Revue méd. de la Suisse Roman. Genève. II. p. 152—160.

Shand, J. C., Vaccino-tuberculosis and vaccino-syphilis. Med. Press. and Circular. London, N. S. XXXIII. p. 135.

Sholl, E. H., The epidemic of Rötheln in Sumter Co., Albama, in 1880. Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVI. p. 340—343.

Smart, C., Bovine vaccina humanized virus as affecting the prevalence and death-rate of varioloid. Med. News. Philadelphia. XL. p. 289.

Smith, A., Ringworm, its diagnosis and treatment. IId edition. London. 12.

Smith, W. O., Bovine vaccination. Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 298.

Squire, B., The treatment of psoriasis by naphthol ointment. British. med. Journ. London. I, p. 47.

Stellwag v. Carion, K., Ueber Herpes ciliaris und seine Beziehungen zum Zoster. Wiener med. Blätter. V. p. 225, 291, 260, 321.

Stelwagon, H. W., An analysis of seven hundred and fifteen consecutive cases of skin diseases. Philadelphia med. Times. XII. p. 411—415.

Stevenson, J., Herpes circinatus. Edinburgh med. Journ. 1881—1882. XXVII. p. 695—697.

Stites, J. A., Rubeola or variola? Peoria med. Month. 1881—1882. II. p. 440—444.

Suchard, Lésions histologiques de l'ongle dans les inflammations de cet organe. Progrès méd. Paris. X. p. 221.

Sweetnam, L. M., Concurrent morbilli (or Rötheln) and vaccina? Canadian Journ. of med. science. Toronto. VII. p. 111.

Taylor, J. B., A plea for bovine virus. Med. Record. New-York. XXI. p. 388.

Thin, G., Isolation in ringworm cases not necessary. Lancet. London. I. p. 250.

Thin G., On vaccinal skin-eruptions. Edinburgh med. Journ. 1881—1882. XXVII. p. 523—525.



Tripe, J. W., Small-pox hospitals and small-pox. Sanitary Record. London. 1881—1882. III. p. 309.

Umé, Rougeole compliquée de diabète sucré, accidents cérébraux; mort. Arch. méd. belges. Bruxelles. 3. Sér. XXI. p. 120—125.

Underhill G. B., Remarks on leprosy as it exists in Louisiana. New-Orleans med. and surg. Journ. 1881—1882. N. S. IX. p. 513—526.

Unna, P. G., Ueber Heilung des Lichen ruber ohne Arsenik. Monatshefte für prakt. Dermat. Hamburg u. Leipzig. I. p. 5—7.

Valude, E., Érysipèle phlegmoneux chez une malade atteinte de néphrite interstitielle; mort rapide. France méd. Paris. I. p. 173—175.

Vasileff, E. V., K voprosu ob izmierenii electrokojnoi chuvstvitelnosti. (Sensibilität der Haut.) Vrach. St. Petersburg. III. p. 49, 69.

Verneuil, De l'influence des érysipèles antérieurs sur les traumatismes. Bullet. et mémoires de la soc. de chir. de Paris. N. S. VIII. p. 77—86.

Vineta-Bellasserra, La difteria de la piel. Revieta de ciencias méd. Barcelona. VIII. p. 65—70.

Vovard, Note sur l'épidémie de variole qui a sévi à Bordeaux pendant l'année 1881. Journ. de méd. de Bordeaux. 1881—1882. XI. p. 275—277.

Warschauer, J., Die Masernepidemie zu Krakau im Jahre 1881, mit Bemerkungen über die früheren Epidemien. Arch. für Kinderheilk. Stuttgart. 1881—1882. III. p. 5—16.

Welch W. M., Treatement of small-pox. Med. News. Philadelphia. XL. p. 262—267.

White, J. W., The surgical aspects of small-pox. Ebenda. p. 240—242.

Wickham, W., Vaccination as a remedy. Lancet. London. I. p. 102.

Wight, O. W., How to combat small-pox. A paper read before the state sanitary convention at Ann Arbor. Mich. February 28. 1882. Detroit. 8. p. 27.

Wolff, J., Beitrag zur Lehre von der Dualität des Varicellen- und Variolencontagiums. Breslauer ärztl. Zeitschr. IV. p. 3, 16.

Wolffberg, Neue Publicationen zur Impffrage. Centralblatt für allg. Gesundheitspfl. Bonn. I. p. 76, 108.

Wood, T. E., Vaccination; a consideration of some points as to the identity of variola and vaccina. North-Carolina med. Journ. Wilmington. IX. p. 8—20.



Worrall, T. A., The vaccination question. Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVI. p. 55.

Wright, C. O., Complications of vaccination. Cincinnati. Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 234.

Wylie, W. G., Morbus maculosus Werlhofi; acute purpura haemorrhagica. Med. Record. New-York. XXI. p. 412.

Die Verbreitung der Blattern im Grossherzogthume Hessen in den Jahren 1877 bis 1881. Veröffentl. d. k. deutschen Gesundheitsamtes. Berlin. IV. p. 64.

Commission on the management of vaccine farms and on the propagation of bovine virus. Med. News. Philadelphia. XL. p. 411, 439.

Tabela miscarea vaccinatilor si a revaccinatilor. Progressul med. Roman. Bucuresci. IV. p. 64.

Circular of recommandation from the State Board of Health of Tennessee, for the prevention of small-pox. Nashville. 4. 2 Blätter.

Illinois State Board of Health. Wie kann man die Verbreitung der Blatternseuche verhindern? Springfield. 8. p. 4.

Small-pox at South Bethlehem. Sanit. Engin. New-York. V. p. 339.

Classification of diseases of the skin. Arch. of Dermat. New-York. VIII. p. 56—58.

Zur Frage der Impfung mit Kälberlymphe. Oesterreich. ärztl. Vereinszeitg. Wien. IV. p. 32.

Rapport sur la question de savoir s'il convient de rendre obligatoire la vaccination et la revaccination. Arch. de tocologie. Paris. IX. p. 48—56.

The vaccination question. Nation, New-York. XXXIV. p. 201—203.

The scarlet fever epidemic at Poquonnoe Bridge. Report. Bd. Health. Connect. 1881. Hartford. 1882. IV. p. 75—86.

Restriction and prevention of small-pox. With plans and description of a small-pox hospital. Issued by the State Board of Health, for the use of local boards and health physicians of Jowa. Des Moines. 8. p. 16.

Small-pox hospital. Printed by order of the (Jowa) State board of health. From 32 B. De Moines. 8. p. 15 u. 2 Taf.

Small-pox regulations at the ports of New-York and Boston. Nat. Bd. Health Bullet. Washington. 1881—1882, III. p. 282.

Exanthemata ten gevolge van geneesmiddelen. Geneeskund. Courant. Amsterdam. XXXVI. Nr. 4.



Complications in vaccination. Discussion. Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 112—115.

Preventing spread of scarlet fever. Sanit. Engin. New-York. 1881—1882. V. p. 198.

Small-pox: restriction and prevention. Issued by Connecticut State Board of Health. Hartford. 8. p. 7.

Suggestions for the prevention and restriction of small-pox. Circular Nr. 5. Presented by the State Board of Health of New Hampshire. Concord. 16. 2 Blätter.

Small-pox and statistics in Liverpool. Sanitary Record. London. 1881—1882. N. S. III. p. 280—282.

Illinois State Board of Health Nr. 53. Official order concerning the prevention of small-pox. Revised and in force Jan. 1. 1882. Springfield. 8. p. 8.

Facts relating to small-pox, in New-York City. Sanit. Engin. New-York. 1881—1882. V. p. 138.

The present epidemic of small-pox in the United States. Med. News. Philadelphia. XL. p. 78.

Small-pox regulations in Illinois. Nat. Bd. Health. Bullet. Washington. 1881—1882. III. p. 187.

Venerische Krankheiten.

Abrâham, B., Die Leistendrüsengeschwülste und deren Behandlung. Aus: Orvosi hetilap. Budapest. Nr. 6—8 in Pester med. chir. Presse. XVIII. p. 193.

Alonso-Lopez, M., Sifilis hereditaria, extrauterina; penfigo neonatorum. Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. 1881—1882. ano V. vol. I. p. 267—274.

Andrews, G. P., Syphilis in its clinical relations. Detroit Lancet. 1881—1882. V. p. 423—426.

Anthofer, C. M., Ueber die Wirksamkeit des Jodoforms als Heilmittel gegen Syphilis und über die Versuche zu seiner Desodorisation. Allg. Wiener med. Zeitg. 1881. XXVI. p. 355, 362, 400, 413, 433, 499; 1882. XXVII. p. 37, 49, 82, 93, 118, 129, 138, 150.

Ashhurst, J. jr., The clinical history of chancre and chancroid. Philadelphia med. Times. 1881—1882. XII. p. 405. Discussion. p. 425.

Aubert, P., De la réunion immédiate dans l'opération du phimosis compliquant le chancre simple. Lyon méd. XXXIX. p. 301—311.



Barthélemy et Devillez, Syphilis et alcool; les inviteuses. France méd. Paris. I. p. 289, 302, 313.

Bermann, J., On the treatment of genorrhoeal ophthalmia by balsam copaiva. Maryland med. Journ. Baltimore. 1881—82. VIII. p. 408—411.

Bernheim, Samuel, Étude clinique de la syphilis du cerveau; cas graves; curabilité. Thèse. Paris. 4. p. 88.

Bordier, A., La blennorrhagie rhumatismale. Journ. de thérap. Paris. IX. p. 98—100.

Borobio, Psoriasis sifilitica palmar y plantar; sifilide papulosa generalizada; placas mucosas en la faringe; boveda palatina y márgenes del ano. Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. 1881—1882. ano V. vol. I. p. 276.

Borobio, Sifiloma del miembro; infartos poliganglionares en las regiones inguinales; rupia sifilitica en la cara y pierna izquierda. Ebenda. p. 275.

Bouchut, Paralysie syphilitique du nerf radial chez un enfant de 6 semaines. Paris méd. VII. p. 37.

Boyd, F. R., Berberis aquifolium in syphilitic skin diseases. Therap. Gaz. Detroit. N. S. III. p. 49.

Brigham, G. N., Pyemia from genorrhoeal infection. Homoeopath. Journ. Obst. New-York. 1881—1882. III. p. 166—168.

Bryce, C. A., The proper method of administering the bichloride of mercury in syphilis. Mississippi Valley med. Month. Memphis. II. p. 97.

Cadell, F., The treatment of syphilis. Edinburgh med. Journ. 1881—1882. XXVII. p. 495—499.

Callamand, E., Des injections mercurielles sous-cutanées dans le traitement de la syphilis. Journ. de thérap. Paris. IX. p. 47—51.

Castelo, Blenorragia uretral aguda; parafimosis con edema y ulceracion del limbo prepucial. Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. 1881—1882. ano V. vol. I. p. 146.

Castelo, Ulceras fagedénicas serpignosas en las regiones inguinal é iliaca derechas, escroto, piel del miembro é hipogastrico. Ebenda. p. 77.

Chisholm, L. C., Sulphurous acid in gonorrhoea. Southern Practitioner. Nashville. IV. p. 109.

Cohadon, Gabriel, Contribution á l'étude de l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. Thèse. Paris. 4. p. 84.



Colleville, G., Observation d'uréthrorrhagie dans le cours de la blennorrhagie. France méd. Paris. I. p. 28—30.

Cooper, A., Case of syphilitic endocarditis with thrombus of left middle cerebral artery; necropsy. Lancet. London. I. p. 141.

De Smet, È., Mastite syphilitique; chancres de l'aréole mammaire; syphilis constitutionnelle. Presse méd. belge. Bruxelles (1881?). XXXIV. p. 73—76.

Despagnet, F., Périnévrite optique droite; paralysie de la troisième paire, syphilis. Recueil d'ophthalm. Paris. 3. Sér. IV. p. 35.

Draper, W. H., A case of endocarditis occurring in the course of genorrhoeal rheumatism and complicated with embolic accidents. Med. Bullet. Philadelphia. IV. p. 81—83.

Dupont, James, Essai sur la syphilis laryngée. Thèse. Paris. 4. p. 65.

Enriquez, A., Manifestaciones sifiliticas de los centros nerviosos y las aguas minerales. Ann. soc. espan. de hidrol. méd. Madrid. 1881—1882. IV. p. 349—354.

Finger, E., Ueber d. Coexistenz der sogenannten secundären u. tertiären Syphilisformen. Wiener med. Wochenschr. XXXII. p. 7, 40, 65.

Ford. W. H., Irritable stricture of large calibre at the bulbomembranous junction; chronic prostato-cystitis; old gonorrhoe and gleet; careful dilatation; great improvement almost amounting to a cure. St. Louis med. and surg. Journ. XLII. p. 250—252.

Fournier, A., De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (tabes specifique). Annales de derm. et de syphil. Paris. 2. Sér. III. p. 1—21, 88—100.

Fox, G. H., Mercury and other remedies in the treatment of syphilis. Med. Record. New-York. XXI. p. 268—272; auch in New-York med. Journ. XXXV. p. 243—250.

Garrison, J. B., The „lady fever" (Gonorrhoe?). Western med. Reporter, Chicago. 1881—1882. III. p. 264.

Gayraud, Peptonate de mercure en injections hypodermiques. Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Montpellier. IV. p. 116.

Gihon, A. L., On the prevention of venereal diseases by legistation. Med. Gaz. New-York. IX. p. 170—172.

Gleitsmann, J. W., Case of membranous syphilitic stenosis of the trachea; cure. Arch. of Laryngol. New-York. III. p. 63—65: auch in Americ. med. Weekly. New-York. XIV. p. 156—158.





Gourgues, O., Sur le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques mercurielles et en particulier par l'albuminate de mercure. Bullet. général de thérap. Paris. CII. p. 49—61. Sonderdruck Paris. 8.

Grossmann, L., Die syphilitischen Krankheiten des Auges. Pester med. chir. Presse. XVIII. p. 209—214.

Grünfeld, J., Die endoskopische Untersuchung der Harnblase. Mittheil. d. Wiener med. Doctoren-Coll. VIII. p. 58—62.

Gschirhakl, H., Zur Behandlung d. Bubonen. Feldarzt. Wien. p. 1.

Guignard, Charles, Contribution à l'étude des chancres syphilitiques extra-génitaux. Thèse. Paris. 4. p. 54.

Hutchinson, J., Can a man have syphilis twice? British med. Journ. London. I, p. 6.

Japhet, Observation clinique sur l'action de la médication thermale dans la syphilis. Annales de la société d'hydrol. méd. de Paris. 1881—82. XXVII, p. 72—88.

Kassowitz, M., The hereditary transmission of syphilis. Translated by M. A. Wilson. Rocky Mountain med. Times. Dever. I. pp. 150, 262, 370.

Keyes, E. L., Treatment of syphilis in its different stages. Philadelphia med. Times. 1881—82. XII. p. 337—344.

Kitaevski, M. K., Gummoznoe porajenie nadkoliennoi kosti i koliennago sostava (Gumma am Knie). Vrach, St. Petersburg. III. p. 86—89.

Lewis, Dislocation backward of the heads of both tibiae, due to hypertrophy from congenital syphilitic ostitis, and producing hypertrophy of the legs. Philadelphia med. Times. 1881—82. XII. p. 471.

Leyden, In wie weit ist die Syphilis Ursache der Tabes und was erreicht man mit einer antisyphilitischen Behandlung dieser Krankheiten? Zeitschr. für klin. Med. Berlin. IV. p. 475—480.

Lopez Cerezo, F., Lecciones sobre la sifilis. Rivista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. 1881—82. I. pp. 142, 214, 257, 336.

Lundy, C. J., Gonorrhoeal ophthalmia, its complications and results; iridectomy for artificial pupil; a clinical lecture. Michigan med. News. Detroit. V. p. 56—59.

Lutaud, Transmission de la syphilis par la voie placentaire. France méd. Paris. I. p. 63—66.

Mandl M., A bujakóros mirigytalyog gyogyitása kiszivattyuzás



által (Behandlung der Bubonen durch Aspiration). Gyogyászat. Budapest. XXII. p. 145—149.

Martineau, L., Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. Paris. 8. (aus Union méd. Paris. 1881).

Meunier, Georges, Du syphilome ou gomme en nappe de la cavité buccale. Thèse. Paris. 4. p. 94.

Mitchell, C. L., Gonorrhoea in the male; its nature, causes and treatment. Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVI. pp. 169, 197.

Morris, J., Minority report of the special committee on the prevention of venereal diseases. Maryland med. Journ. Baltimore. 1881—82. VIII. p. 440—443.

Mracek, F., Arthromeningitis (Synovitis) syphilitica in der secundären Periode der Syphilis. Wiener med. Presse. XXIII. pp. 9, 47, 78, 113, 140.

Naudet, Antoine, Des périostoses craniennes dans la période secondaire de la syphilis. Thèse, Paris. 4. p. 46.

Otis, F. N., Eight cases of syphilis of the finger in medical men. Independ. Practitioner. New-York. III. p. 158—163.

Ott E., De la syphilis anormale grave. Paris, 8.

Palasios, Ulcera fagedénica en el prepucio y piel del miembro. Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. 1821—82. I. p. 346.

Palasios, Sifilide pustulo-crustacea generalizada. Ebenda. p. 349.

Parrot, Pseudo-paralysie syphilitique; ostéophytes et altération gélatiniforme. Gaz. des Hôpitaux. Paris. LV. p. 132.

Pellizzari, C., Reinfezione sifilitica in due conjugi. Lo Sperimentale. Firenze. XLIX. p. 283—290.

Petershausen, H. P. V., Remarks on the history of syphilis. Detroit Lancet. 1881—82. V. pp. 327—331, 375—379.

Picard, G. H., The rational treatment of blennorrhoea. Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVI. p. 31—33.

Porter, W. G., A case of dactylitis syphilitica. Med. News. Philadelphia. XL. p. 296.

Power, S. J., Syphilitic hemiplegia successfully treated with potassium iodide. Western med. Reporter. Chicago. IV. p. 54.

Prevost, J. L., Du rôle de la syphilis comme cause de l'ataxie locomotrice progressive. Revue méd. de la Suisse Roman. Genève. II. pp. 32—41, 90—100.



Puerto, J., Desde la época de la aparicion de la sifilis, hasta nuestros dias, ha disminuido de intensidad? O mas bien dicho; la sifilis en la actualidad es menos grave? Observador méd. Mexico. 1881– 82. VI. p. 81—85.

Rebatel, Recherches experimentales sur l'inoculation des maladies vénériennes aux animaux. Lyon méd. XXXIX. p. 41—46.

Reclus, Fongus syphilitique du testicule. Progrès méd. Paris. X. p. 191.

Reed, B., Some cases of urethritis treated with kava kava. Therapeut. Gaz. Detroit. N. S. III. p. 47.

Roberts J. B., The relation of syphilis to srofula. Philadelphia med. Times. 1881—82. XII. p. 409—411.

Rollet, Des anciens foyers de syphilis et de l'origine américaine de l'épidémie du XVe siècle. Annales de derm. et de syphilit. Paris. 2. Sér. III. p. 29--37, 77—87.

Semon, F. On some rare manifestations of syphilis in the larynx and trachea. Lancet. London. I. p. 520—522.

Sevilla-Victoria, J., Un caso de iritis sifilitica acompanada de fenòmenos glaucomatosos; iridectomia, curacion. Revista méd. quirurg. Buenos Ayres 1881—82. VIII. p. 223—225.

Shoemaker, J. V., The treatment of syphilis by hypodermic injections. Med. Bullet. Philadelphia. IV. p. 40—42.

Shand, J. C., Vaccino-tuberculosis and vaccino-syphilis. Med. Press and Circular. London. N. S. XXXIII. p. 135.

Soler Buscalla, Sifilis; contestacion à una consulta. Revista de ciencias méd. Barcelona. VIII. p. 8—11.

Sormani, J., La prophylaxie des maladies vénériennes et plus particulièrement de la syphilis. Rapport présenté à la réunion des hygiénistes italiens à Milan le 3 sept. 1881. — Revue d'hygién. Paris. IV. p. 15—25.

Spillmann, P., Contribution à l'étude de la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis. Annales de dermat. et syphil. Paris. 2 Sér. III. p. 159—167.

Sturgis, F. R., A second infection from syphilis; syphilitic reinfection. American Journ. of the med. sciences. Philadelphia. N. S. LXXXIII. p. 378—381.

Sysak, G., Przypadek osutki pęcherzykowej z przebiegiem ostrym u chorego z kilą wczesną (Vesiculäres Exanthem bei Syphilis). Przeglad lekarski. Kraków. XXI. p. 89—71.



Taylor, M. K., On the abortive treatment of buboes and lymphadenitis generally, by injections of carbolic acid. American Journ. of the med. sciences. Philadelphia. N. S. LXXXIII. p. 359—370.

Thiersch, C., Behandlung des phagedänischen Schankers mit parenchymatösen Einspritzungen von Silbersalpeter. Arch. für klin. Chir. Berlin. 1881—82, XXVII. p. 269—272.

Thomas, R. H., A few observations on state regulation of prostitution. Maryland med. Journ. Baltimore. 1881—82. VIII. p. 469—472.

Tuckwell, Paralysis, probably syphilitic, affecting in rapid succession both legs and both arms; impaired vision; optic neuritis; gradual recovery under large doses of iodide of potassium. Lancet. London. I. p. 62.

Valenzuela J., Algunos consideraciones sobre ciertas blenorragias. — Escuela de med. Mexico. 1881—82. III. p. 107—109.

White, J. W., The prevention of syphilis. Philadelphia med. Times. 1881—1882. XII. p. 225—244.

White, J. W., Apparent protection from syphilis afforded by phagedena. Med. News. Philadelphia. XL. p. 208.

Whitehead, W., The use of iodoform in the treatment of soft sores. British med. Journ. London. I. p. 340.

Wilson, M. A. Early cerebral syphilis; tertiary manifestations during the early secondary stage; hemiplegia; coma; death. Rocky Mountain med. Times. Denver. I. p. 350—358.

Zinke, G., Syphilitic hemiplegia; a case. Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 52—55.

Discussion on the so-called virus of the chancroid. Proceedings of the med. society of the County of Kings. Brooklyn. 1882—83. VII. p. 8—13.

In wie weit ist Syphilis Ursache der Tabes und was erreicht man mit einer antisyphilitischen Behandlung dieser Krankheit? Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 10—12.

Prostitution et syphilis. Presse med. belge. Bruxelles. XXXIV. pp. 33—37, 41—45.

Det nye „tydske System" dets Grundtanke og dets Virksomhed (Das neue „Deutsche System" [zur Regelung des Prostitution], sein Grundgedanke und seine Wirksamkeit). Maanedsbl. ug. af Foren. imod. Lovbesk. f. Usaedelighed. Kjobenhavn 1881—82. III. p. 35—45.

Tro et ret: hygiejnisk Standpunkt (Ueber Regelung der Prostitution). Ebenda. p. 168—176.



C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

Originalabhandlungen.



Ueber Syphilis maligna.

Von

Dr. Edmund Lesser

Privatdocent an der Universität in Leipzig.

(Mit 10 Abbildungen.)

Nach den fast übereinstimmenden Berichten aller Zeitgenossen waren die Erscheinungen, unter denen jene grosse Syphilisepidemie auftrat, welche am Ende des 15. und Anfang des 16. Jahrhunderts in verheerender Weise ganz Europa durchzog, sehr erheblich verschieden von den Formen, unter welchen die Krankheit in späterer Zeit und in der Gegenwart aufzutreten pflegt. Ganz abgesehen von der weit grösseren Extensität, welche die Krankheit damals annahm in Folge einer, wie es scheint, grösseren Virulenz, so dass die Ansteckung viel leichter und daher auch viel häufiger als heutzutage auf anderem Wege als durch den geschlechtlichen Verkehr erfolgte, waren auch die Krankheitserscheinungen im einzelnen Falle viel schwerer und viel stürmischer, als wir es heute zu sehen gewohnt sind. In allen Berichten, von denen in der Anmerkung einige der wichtigsten wiedergegeben werden[1]),

[1]) Widmann (Fuchs, die ältesten Schriftst. über die Lustseuche in Deutschland, p. 97): Est autem descriptive haec passio pustulae, a principio sui lenes, divisae in numeratione locorum, deinde exulcerantur ulceribus crustosis et aliquando verrucosis.

Cataneus (Luisinus, Aphrodisiacus, p. 139): Exortus est in Italia monstrosus morbus, nullis ante saeculis visus, totoque in orbe terrarum incognitus, foeditate magna innummeris pustulis ulceribusque per totam faciem universumque corpus mulieres virosque deturpans, magna etiam saevitia dolorum noctu praesertim humanum genus affligens, laceransque nodositatibus instar lapidum, per membra et juncturas exortis.

Mainard (Luisinus p. 392): et tota facies et cutis capitis impletur pustulis et fere universum corpus ad morphaeam deducitur.

41*



sehen wir als wesentlichste Charakteristica der Krankheit Pusteln und Hautgeschwüre, ferner heftige Knochenschmerzen und harte Auftreibungen an den Knochen [1]) dargestellt, so dass wir nicht umhin können, diese Erscheinungen als die damals gewöhnlichen Symptome der Syphilis anzusehen. Nur auf diese Weise wird auch der Name, welcher der Krankheit damals gegeben wurde, und der sich in Frankreich noch bis zum heutigen Tage erhalten hat, erklärlich „la grosse oder grande vérole" [2]) (auch morbus pustularum) im Gegensatze zu den Pocken, petite vérole, denn heute würde Niemand auf den Gedanken kommen, die Syphilis als die grosse, die Blattern dagegen als die kleine Pustelkrankheit zu bezeichnen.

Diesen Charakter behielt die Krankheit bei bis etwa zum Ende des dritten Decenniums des 16. Jahrhunderts, um nun allmählich sowohl an Extensität wie an Intensität zu verlieren und die Formen anzunehmen, die sie bis zur neuesten Zeit bewahrt hat [3]).

Nur zwei eigenthümliche Erscheinungsformen der Syphilis kennen wir, welche in späterer Zeit und in der Gegenwart wenigstens in mancher Hinsicht dem Auftreten jener grossen Syphilisepidemie gleichen, es sind dies die sogenannten endemischen Syphilide und die Syphilis maligna, oder wie sie noch bezeichnender

---

De Vigo (Luisinus p. 449): Quare post earum (sc. der Geschwüre an den Genitalien) sanationem quam primum pustulae crustosae et interdum cum carnositate elevata admodum verrucae, super frontem, caput, collum et faciem, brachia et tibias et fere per totum corpus diffusae fuerunt. Similiter quoque interdum cum dictis pustulis, vel saltem post earum ortum inde ad mensem cum dimidio vel circa, patiens laboravit doloribus clamosis interdum circa frontem, interdum in spatulis et humeris et brachiis, et aliquando in tibiis, coxis et anchis. A quibus doloribus aliquando multum post tempus, videlicet post annum et supra quaedam oriebantur scirrhositates ad instar ossium a quibus aegrotantes doloribus clamosis vexabantur praesertim tempore noctis et sedabantur in die.

[1]) Grunpeck (Fuchs p. 60): Eruperunt sensim in teretibus crurum quaedam tubera adeo dura, quod ad lapidum duritiam similitudine accesserunt. — Vergl. ferner die oben citirten Stellen.

[2]) Diese Bezeichnung findet sich zuerst in einem Erlass des Pariser Parlamentes aus dem Jahre 1496.

[3]) Hirsch, Handb. d. hist.-geograph. Pathologie, 1. Aufl., I. p. 344.

von den Franzosen genannt ist, Syphilis galopante[1]). Es ist ersichtlich, dass wir durch die Aufklärung der Ursachen für dieses eigenthümliche Verhalten der Krankheit in dem einen oder dem anderen Falle auch eine bedeutungsvolle Hilfe bekommen würden für das Verständniss jenes so räthselvollen und so furchtbaren Auftretens der Syphilis an der Wende zwischen Mittelalter und Neuzeit.

Unter dem Namen endemische Syphilide oder Syphiloide bezeichnet man, wie bekannt, jene circumscripten Syphilisendemien, welche sich gerade wie jene allgemeine Epidemie sowohl durch die grosse Anzahl der Befallenen, durch die rasche und auch häufig auf nicht geschlechtlichem Wege erfolgende Weiterverbreitung, als auch durch die Schwere der einzelnen Erkrankung auszeichnen. Als hauptsächlichste will ich nur ganz kurz anführen die als Falcadina, Scerljevo, Male di Breno von den illyrischen und dalmatischen Küsten bekannten Endemien, deren Erkenntniss wir vor allen Dingen Sigmund und Hebra verdanken, ferner das hessische, das holsteinische und jütländische Syphiloid, die Radesyge in Schweden und Norwegen, deren genaue Erforschung durch Danielssen und Boeck, Virchow und ebenfalls Hebra stattgefunden hat und den Sibbens in Schottland. Als wesentliche Eigenthümlichkeit hat sich bei fast allen diesen Endemien nachweisen lassen, wie in vom Verkehr mehr oder weniger abgeschlossene Gegenden die Syphilis durch ein Schiff, durch einen Heerestheil oder dergleichen eingeschleppt wurde, wie sie dann sehr schnell in diesem Gebiet um sich griff und in fast allen Fällen schwere, tertiäre Formen annahm, um dann nach längerem oder kürzerem Bestande besonders unter Einwirkung geeigneter sanitärer Massregeln wieder zu erlöschen.

Es fehlt nicht an Gründen, welche für das Auftreten dieser bösartigen Endemien geltend gemacht werden können. Einmal ist es der mehr oder weniger niedrige Culturzustand, auf dem sich die Bewohner fast aller dieser Gegenden befinden, die hierdurch und durch das dichte Zusammenwohnen vieler Menschen bedingten ungünstigen hygienischen Verhältnisse, ferner die vielen

[1]) Diese Aehnlichkeit ist mehrfach hervorgehoben, u. A. von Krowczyński: Syphilis maligna. Diese Vierteljahresschr. 1880. p. 51.

Möglichkeiten der Ansteckung auch ausserhalb des Geschlechtsverkehrs, welche durch die erwähnten Verhältnisse bedingt werden, die der Verbreitung der Krankheit förderlich sein müssen. Dann ist wohl in Betracht zu ziehen die meist völlige Unbekanntschaft mit der Krankheit, der entweder vollständige Mangel einer ärztlichen Behandlung oder jedenfalls der Mangel einer ausreichenden Behandlung. Und schliesslich möchte ich noch einen Punkt, der allerdings vor der Hand noch hypothetisch ist, nicht unerwähnt lassen. Es ist eine bekannte und durch zahlreiche Beobachtungen festgestellte Thatsache, dass ansteckende Krankheiten, wenn sie epidemisch auftreten, gewöhnlich in den Orten am bösartigsten auftreten, die am längsten von ihnen verschont gewesen sind, mit einem Wort, eine Epidemie tritt um so heftiger auf in einer bestimmten Gegend, je weniger dieselbe von früher her von dieser Krankheit durchseucht ist. Die classischsten Beispiele hierfür liefern die Masernepidemien auf Island[1]) und auf den Faröer Inseln[2]). In Folge der Abgeschiedenheit dieser Inseln ist die Uebertragung der Krankheit dorthin natürlich eine äusserst seltene und zwischen einzelnen Epidemien haben Zwischenräume von 100 und mehr Jahren gelegen. Dafür sind dann aber unter dieser von Masern nicht durchseuchten Bevölkerung die Epidemien mit einer bei uns, wo ja der grössere Theil der Bevölkerung stets durchseucht ist, fast unbekannten Heftigkeit aufgetreten. Das Virus entwickelt sich, wie es scheint, dort unter den günstigen Umständen zu einer ganz besonderen Höhe. Ich gebe zu, dass sich diese Verhältnisse nicht ohne weiteres auf die Syphilis übertragen lassen, da einmal der Charakter der Krankheit ein ganz anderer ist und zweitens, wenn auch der Procentsatz der mit Syphilis Inficirten vielleicht ein höherer ist, als allgemein angenommen wird[3]), doch selbstredend nie von einer derartigen Durchseuchung gesprochen werden kann, wie bei den Masern. Aber die

---

[1]) Hirsch, l. c. p. 277.

[2]) Thomas, Ziemssen's Handbuch II. 2. p. 120.

[3]) Immerhin hat Erb (Centralbl. f. med. Wiss. 1881 Nr. 12) bei 400 Kranken, die meist wegen nervöser Störungen mit Ausschluss der Tabes, jedenfalls nicht wegen syphilitischer Leiden ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, den recht beträchtlichen Theil von 12% Secundärsyphilitischen gefunden.

Geschichte der Syphilis selbst liefert uns eine Reihe von Anhaltspunkten. Ueberall da, wo die Syphilis in Gegenden importirt ist, welche bis dahin frei waren von dieser Krankheit, hat dieselbe stets unter den Eingeborenen ungeheure Dimensionen angenommen und viel grössere Verheerungen angerichtet, als unter den Fremden, welche doch ursprünglich die Krankheit mitgebracht hatten[1]). Als Beispiele mögen erwähnt werden die Indianerstämme, die mit Europäern in Verkehr getreten sind und die Eingeborenen Australiens, wohin erst 1769 die Syphilis durch die Besatzung der Cook'schen Schiffe gebracht worden ist[2]).

Und so dürfen wir diesen Grund — die Nichtdurchseuchung — vielleicht auch geltend machen für die endemischen Syphilide, denn wir können mit Sicherheit annehmen, dass an den Stätten dieser Endemien in Folge ihrer von jedem lebhaften Verkehr abgeschnittenen Lage die Syphilis vorher entweder gar nicht oder doch nur in äusserst seltenen Fällen vorgekommen ist. Und schliesslich waren diese Verhältnisse ganz analoge bei der grossen Epidemie des 15. und 16. Jahrhunderts. Es ist hier nicht der Ort, über den Ursprung der Syphilis zu discutiren, aber mag nun auch die Syphilis damals zum ersten Male aufgetreten sein oder mag sie schon früher bestanden und nur damals sich zum ersten Male in so heftiger Weise gezeigt haben, das ist jedenfalls ganz sicher, dass, wenn sie früher existirt hat, sie nur äusserst selten und sporadisch aufgetreten sein kann, sonst würden uns mehr und ausführlichere Nachrichten über ihr Vorkommen überliefert worden sein. Die Bevölkerung Europa's war damals in der That entweder frei von Syphilis oder jedenfalls war die Durchseuchung mit diesem Krankheitsstoff nur eine äusserst minimale, so dass die durch irgend welche günstige, hier nicht näher zu besprechende Umstände angefachte Epidemie derartige Dimensionen annehmen und derartige Verheerungen anrichten konnte.

Sehr viel schwieriger ist es, für jene andere Reihe von Krankheitsformen, die durch ihre Erscheinungen uns auch heute noch an jene furchtbare Seuche mahnen, eine Erklärung zu finden,

---

[1]) Rey, de la syph. suiv. les races et les climats. Ann. de Derm. et Syph. 1880. p. 684.

[2]) Hirsch, l. c. p. 360 und 362.



für die Fälle von Syphilis maligna. Ich möchte zunächst feststellen, welche Erscheinungsformen der Syphilis unter diesem Namen zusammenzufassen sind. Es sind nicht jene Fälle, bei denen nach durchlaufenem, sogenannten secundären Stadium, nach einer längeren oder kürzeren Reihe von Jahren schwere tertiäre Erscheinungen auftreten, welche die Gesundheit des Betroffenen mehr oder weniger schädigen, ja sogar zur unmittelbaren Todesursache werden können. Diese Fälle sind zwar bösartig, aber sie verlaufen doch noch in einer für diese Krankheit jetzt so zu sagen normalen Weise, wenn auch bei weitem die Mehrzahl der Erkrankungen glücklicher Weise einen milderen Verlauf nimmt.

Doch es scheint mir, ehe ich weiter gehe, nöthig, den normalen Verlauf, die Perioden der Syphilis näher zu präcisiren, denn nur nach Feststellung desselben wird es möglich sein, die anderen, abnorm verlaufenden Fälle richtig zu beurtheilen. Dies ist um so nöthiger, als kaum über einen anderen Punkt der an strittigen Gegenständen so reichen Syphilislehre so viele Controversen bestehen, als gerade über diesen. Die beiden Extreme werden bezeichnet durch Ricord auf der einen und Virchow auf der anderen Seite. Es ist bekannt, dass der Erstere die Symptome der Syphilis in drei in jeder Hinsicht streng geschiedene Perioden: primäre, secundäre und tertiäre Syphilis theilte, während der Letztere, zumeist allerdings auf pathologisch-anatomischer Basis fussend, eine irgendwie strenge Trennung dieser Perioden für nicht statthaft hält [1]). In gewissem Sinne hat ein jeder von Beiden recht, und die Wahrheit liegt, wie so oft, in der Mitte zwischen den beiden Extremen.

Ich kann hier absehen von der Stellung, welche der Primäraffect einnimmt, da dieselbe bei der folgenden Betrachtung von keiner wesentlichen Bedeutung ist. Der Primäraffect ist jedenfalls das erste Symptom der stattgefundenen Vergiftung, und es ist für die Eintheilung der syphilitischen Krankheitserscheinungen von einer zunächst untergeordneten Bedeutung, ob wir denselben als ein noch locales Uebel ansehen oder schon als erstes Zeichen

[1]) Virchow, Die krankhaften Geschwülste II. p. 396 u. 411, und Ueber die Natur der const. syphil. Affect. p. 46.

der stattgefundenen allgemeinen Intoxication, von welchen Ansichten nebenbei gesagt die erstere bei weitem die wahrscheinlichere ist.

Betrachten wir nun also die lange Reihe der syphilitischen Krankheitsformen von den ersten manifesten Allgemeinerscheinungen bis zu den letzten, spätesten Produkten dieser Krankheit, so treten uns zwei Gruppen von Krankheitserscheinungen entgegen, die sich wohl von einander trennen lassen. Dass es an Uebergängen nicht fehlt, ist nicht zu verwundern, da alle diese Erscheinungen die fortlaufenden Produkte einer und derselben Krankheitsursache sind, aber dies hindert nicht, dass eine im Ganzen feste Grenze sich zwischen beiden Gruppen ziehen lässt.

Die erste Gruppe umfasst die leichteren Erscheinungen, die nur aus einer functionellen, nutritiven oder formativen Reizung hervorgehen, die einfach hyperplastische Produkte darstellen[1]), und deren dem entsprechende Eigenthümlichkeit es ist, unter sonst günstigen Verhältnissen stets wieder resorbirt zu werden, ohne dauernde Gewebsstörungen, Narben, zu hinterlassen. Unter bestimmten Bedingungen gehen allerdings auch die Produkte dieser Reihe in Zerfall über und können demgemäss nur mit Narbenbildung heilen, nämlich wenn besonders ungünstige locale Verhältnisse, eine fortdauernde Einwirkung äusserer Reize diesen Zerfall herbeiführen. So sehen wir häufig die dieser Gruppe angehörigen Papeln der Mund- und Rachen-Schleimhaut, der Genitalien und der Umgebung des Afters in Ulceration übergehen. Die Erklärung dieser Vorgänge ergibt sich von selbst.

Dem gegenüber stehen die Krankheitsvorgänge der zweiten Gruppe, deren Eigenthümlichkeit es ist, dass sie stets einen mehr oder weniger ausgedehnten Untergang des Gewebes, in welchem sie sich bilden, herbeiführen, und zwar sowohl wenn sie ohne zu vereitern wieder resorbirt werden, als wenn sie zerfallen; oder aber sie führen unter besonderen Umständen zu wirklichen, bleibenden Neubildungen.

Dieses sind die wesentlichsten und für uns am meisten in Betracht kommenden Unterschiede beider Gruppen, ausser welchen noch eine ganze Reihe anderer mehr oder weniger prägnanter

[1]) Virchow, const. syph. Affect. p. 112.

Verschiedenheiten angeführt werden kann. Die erste Gruppe entspricht den Frühformen der Syphilis, die zweite den Spätformen, oder um die am meisten verbreiteten Bezeichnungen beizubehalten, den secundären und den tertiären Syphiliserscheinungen.

Zwei Punkte sind es nun, welche den normalen Verlauf der Syphilis wesentlich charakterisiren. Einmal treten nie — abgesehen von geradezu verschwindenden Ausnahmen — gleichzeitig Erscheinungen der einen und der anderen Gruppe an demselben Individuum auf, und noch viel weniger treten Frühformen auf, nachdem die Krankheit einmal in das Stadium der Spätformen übergegangen ist [1]), und zweitens ist der Verlauf im Ganzen ein exquisit chronischer.

Wenn auch das erste Auftreten der Erscheinungen ein mehr oder weniger acutes ist und manche Analogien mit den acuten Infectionskrankheiten darbietet, so ist doch der weitere Verlauf ein sehr langsamer, vorausgesetzt, dass die Krankheit nicht überhaupt schon in diesem frühen Stadium erlischt. Es ist nicht möglich, bei der grossen Mannigfaltigkeit der Fälle bestimmte Zeitangaben zu machen, aber es vergehen in den normalen Fällen stets ein, zwei und mehr Jahre, ehe sich die ersten Erscheinungen der tertiären Periode zeigen, sei es, dass es papulöse, mit Narbenbildung heilende oder ulceröse Syphilide, sei es, dass es wirkliche Gummata sind.

Hier ist der Punkt, wo ich wieder an das Thema anknüpfe. Es kommen nämlich eine Reihe von Syphiliserkrankungen zur Beobachtung, bei welchen diese zweite Eigenthümlichkeit, der chronische Verlauf fehlt, und welche die verschiedenen sonst durch relativ lange Intervalle getrennten Stadien in kurzer Zeit durchlaufen, bei denen also die Krankheit nicht nur bei dem Erscheinen der ersten Symptome, sondern

[1]) Finger (über die Coëxistenz der sogenannten secundären und tertiären Syphilisformen, Wien. med. Wochenschr. 1882, Nr. 1, 2, 3) berichtet freilich über einen höchst bemerkenswerthen Fall (VII) von gleichzeitigem Vorkommen eines zerfallenden Gumma an der Nase mit secundären papulösen Efflorescenzen. Indess wäre es doch denkbar, dass es sich hier um eine so zu sagen, Reinfection einer hereditär syphilitischen Person, wie solche von Boeck erwähnt ist, handelte.

überhaupt einen acuten Verlauf nimmt, und diese Fälle sind eben unter der Bezeichnung Syphilis maligna oder galopirende Syphilis zusammengefasst. Eine vollständige Analogie hierzu bildet eine andere, exquisit chronische Infectionskrankheit, die Lepra, bei welcher auch, ebenfalls nur ganz ausnahmsweise, dieser rapide Verlauf zur Beobachtung kommt [1]). Der Verlauf der Syphilis maligna ist nun vor Allem dadurch charakterisirt, dass die erste Periode der Allgemeinerscheinungen — die der secundären Erscheinungen — ausserordentlich schnell durchlaufen wird, und dass sehr bald, schon wenige Monate nach der Infection sich tertiäre Erscheinungen zeigen, ja es kann die secundäre Periode so gut wie ganz fehlen, schon das erste allgemeine Exanthem nimmt nach wenigen Tagen des Bestehens einen tertiären Charakter an.

Ich will es nun versuchen mit Zugrundelegung einer Reihe eigener Beobachtungen und der mir aus der Literatur bekannt gewordenen Thatsachen einen kurzen Ueberblick über den Verlauf dieser theoretisch wie praktisch so interessanten Varietät der Syphilis zu geben und daran einige Bemerkungen über die Aetiologie und Therapie derselben anknüpfen.

Die Kranken sind alle bis auf einen Fall, über den ich die Notizen der Freundlichkeit des Herrn Prof. Neisser verdanke, in der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten zu Breslau beobachtet.

Erster Fall.

S . . . . . Anna, 19 Jahre, Puella publica. 25. Sept. bis October 1877 zweiter Spitalsaufenthalt. Pat. war abgesehen von Masern stets gesund bis vor einem Jahr, wo sie wegen Papeln an den Genitalien und später auftretender Geschwüre auf Brust und Rücken mit Bädern und Pillen behandelt wurde.

Stat. pr. Weisse Narben, von der vorigen Erkrankung herrührend, auf Brust und Rücken, papulöse Efflorescenzen und tiefe Geschwüre auf dem Rücken, dem linken Arm, am Nacken, im Gesicht und auf den Schenkeln. Exulcerirte Papeln an den grossen Schamlippen und am Anus. Defluvium capillorum. Adenitis inguin. cervic.

[1]) Danielssen et Boeck, Traité de la Spédalskhed p. 203.

Mundschleimhaut frei. — Pat. wurde mit Tayuya behandelt ohne auffallenden Erfolg und im October 1877 entlassen.

17. December 1877 bis 31. Jänner 1878 dritter Spitalsaufenthalt. Pat. wird wieder aufgenommen mit frischen Geschwüren, die zum Theil an der Stelle der alten Narben befindlich sind. Nach Anwendung von 28 Sublimatbädern (5,0 pr. balneo) wird Pat. geheilt entlassen.

12. Februar bis 14. März 1878 vierter Spitalsaufenthalt. Absc. Barth. sin. Auf der Innenfläche des rechten Oberarmes und über dem rechten Schulterblatt offene Geschwüre. Innerlich bekommt Pat. Sublimat, local wird Calomel angewendet.

2. April bis 14. Juni 1878 fünfter Spitalsaufenthalt. Absc. Barth. Bubo suppurans sin. — 19. Mai. Ueber der rechten Tibia eine Pfennigstückgrosse Ulceration, an der linken Tibia zwei deutliche Knochenauflagerungen. Schmerzen im Unterschenkel. Periostitis der rechten Metacarpalknochen. — 14. Juni wird Pat. ungeheilt — das Geschwür am Unterschenkel besteht noch — ins Arbeitshaus entlassen und dort mit Inunctionen von Ung. cin. behandelt.

17. Sept. bis 17. December 1878 sechster Spitalsaufenthalt. Auf der Stirn, am Kinn, auf Brust, Rücken und Armen zahlreiche runde, scharf geschnittene Geschwüre. Ueber dem linken Knie eine 5 Markstückgrosse Geschwürsfläche, in der Mitte vernarbt, am Rande fortschreitend. Pat. ist schlecht genährt, anämisch, fast cachectisch. — Ther.: Chinin + Ferrum. Aeusserlich Jodoform.

1. Novemb. Pat. machte inzwischen eine Intermittens quotidiana durch, die nach starken Chinindosen beseitigt wurde. Eine wesentliche Veränderung der Geschwüre ist nicht eingetreten. Therap.: Kal. jod. 1,5 pro die.

1. December. Keine wesentliche Veränderung. Es fehlt die Angabe über den Zustand, in welchem Pat. entlassen wurde, doch ist eine vollständige Heilung nicht wahrscheinlich, da sie schon am 8. Jänner 1879 wesentlich in demselben Zustande wieder aufgenommen wurde.

8. Jänner 1879 siebenter Spitalsaufenthalt. Die näheren Angaben fehlen.

3. Juli bis 11. September 1879 achter Spitalsaufenthalt. Das ganze rechte Augenlid, ein Theil der Stirnhaut, die obere Hälfte der Nase von einer Ulceration eingenommen, deren Grund theilweise mit hochragenden papillären Wucherungen bedeckt ist. Aehnliche Stellen

in der linken Ellenbogenbeuge, der linken Achselhöhle und am Rücken. In der Mitte der rechten Tibia eine, auf der linken Tibia zwei Hervorragungen deutlich fühlbar. — Ther.: Kal. jod. — 24. August 84,0 verbraucht. — Die Geschwüre im Heilen begriffen.

11. Septemb. alle Geschwüre sind verheilt.

23. Mai bis 18. Juni 1880 neunter Spitalsaufenthalt. Von neuem sind Geschwüre im Gesicht und auf verschiedenen Stellen des behaarten Kopfes und der Extremitäten aufgetreten. Geschwür auf dem linken Stimmband. — Ther.: Einreibungen mit Ung. ciner. Kal. jod. 2,0 pro die. Empl. hydrarg. — 18. Juni Pat. geheilt entlassen.

Ich habe Pat. in der späteren Zeit noch mehrfach gesehen. Sie hatte sich vollständig erholt und neue Geschwüre waren nicht aufgetreten. Nur die geradezu colossalen Narben, besonders im Gesicht, die sie freilich sehr geschickt zu verdecken wusste, zeigten, eine wie schwere Erkrankung sie durchgemacht hatte.

Ich gebe zu, dass diese Krankengeschichte nicht ganz vollständig ist, es fehlen vor Allem die freilich bei weiblichen Kranken und besonders bei Prostituirten sehr schwer zu erlangenden Angaben über die Infection und den Beginn der Erkrankung, aber es ist nach Allem doch mindestens sehr wahrscheinlich, dass die Infection der ersten Erkrankung nicht viel vorausgegangen ist, zumal die während des ersten und zweiten Aufenthaltes constatirten nässenden Papeln an den Genitalien beweisen, dass die Krankheit sich damals noch in einem frühen Stadium befunden haben muss. Ich möchte gleich hier auf die Bemerkung hinweisen, „die Kranke habe eine Intermittens quotidiana durchgemacht", um später noch einmal darauf zurückzukommen.

Zweiter Fall.

P. . . . . Marie, 20 Jahre, Puella publica. 27. April bis 3. Aug. 1878 erster Spitalsaufenthalt. Pat. wurde aufgenommen mit exulcerirten Papeln an den grossen Labien, fluctuirenden Bubonen beiderseits und allgemeiner Drüsenschwellung. — 12. Mai. Exanthema papulosum, hauptsächlich auf dem Rücken. Geschwür auf der rechten Tonsille. Ther.: subcutane Injectionen von Arg. Natr. subsulfur. 0,04 pro die. 14. Juni. Nach 25 Injectionen auch auf der Brust und im Gesicht ein grosspapulöses Exanthem. Innunctionen mit Ung. cin. 2,0 pro die. Kal.

jod. 1,5 pro die. — 3. August das Exanthem bis auf einzelne noch etwas schuppende Stellen verschwunden.

17. Aug. bis 10. Novemb. 1878 zweiter Spitalsaufenthalt. Pat. wieder aufgenommen mit tiefen Ulcerationen im Gesicht, am Rumpf und an den Unterschenkeln. Die Geschwüre haben wallartig erhabene Ränder und sind bis Markstückgross. Geschwüre auf beiden Tonsillen. — Ther.: Decoct. Zittm., local Jodoform. — 11. Septemb. Inunctionen 2,0 pro die bis 20. Sept. — 3. Octob. starke Stomatitis. — 10. Nov. die Geschwüre nahezu verheilt.

24. April bis 15. Mai 1879 dritter Spitalsaufenthalt. Ueber den ganzen Körper zerstreut eine Anzahl bis markstückgrosser Ulcerationen. Auf dem rechten Theile des Gaumens und der rechten Tonsille Geschwüre. — Therap.: Syr. ferr. jod. — Empl. hydrarg. — 15. Mai Pat. geheilt entlassen.

7. Jänner bis 4. Februar 1880 vierter Spitalsaufenthalt. Seit 4 Wochen sind wieder von neuem Geschwüre aufgetreten. Ueber den ganzen Körper zerstreut sind grosse Geschwüre mit speckig belegtem Grunde und erhabenen Rändern. — Ther.: Decoct. Zittm. Empl. hydr. 4. Februar Pat. geheilt entlassen.

Auch in diesem Falle fehlen die Daten über den Beginn der Erkrankung, aber auch hier dürfen wir nach den Symptomen annehmen, dass die zuerst beobachteten Erscheinungen entweder wirklich den Beginn der Erkrankung darstellen oder jedenfalls in eine frühe Periode derselben fallen.

Dritter Fall.

S. . . . . Samuel, 22 Jahre, Kaufmann. Am 28. Juli 1879 wurde Pat. aufgenommen. Diagnose: Sclerosis orificii urethrae. Scleradenitis inguin. et cervic. Exanthema maculo-papulosum. Vor zwei Monaten Beginn der Induration an der Harnröhrenmündung, seit Kurzem Ausschlag bemerkt. — Ther.: Einreibungen mit Ung. cin. im Ganzen 75,0. Kal. jod. im Ganzen 30,0. Liqu. ferr. sesquichl. 3mal tägl. 3 Tropfen. Ende August, während der Behandlung, Auftreten eines pustulösen Exanthems. 29. Sept. Pat. geheilt entlassen.

15. October suchte Pat. von Neuem das Krankenhaus auf. Zehn Tage nach seiner Entlassung zeigten sich auf dem Kopf und am Körper rothe Stellen, die sich bald in mit Krusten bedeckte Geschwüre umwandelten.



Stat. praes. Ueber den ganzen Körper verbreitet, einschliesslich des Kopfes, finden sich eine grosse Anzahl von Geschwüren, die bis 50 Pfennigstückgross, mit gelbbraunen Krusten bedeckt sind und scharf geschnittene Ränder haben. Auf einzelnen Geschwüren stark wuchernde, papillomartig hervorragende Granulationen bis $^1/_2$ Ctm. Höhe. Einzelne Geschwüre zeigen deutlich nierenförmige Gestalt. Allgemeinbefinden und Ernährungszustand gut. Drüsenschwellung unbedeutend. Urin ohne Albumen. — Ther.: Decoct. Zittm.

25. Octob. Da die Geschwüre keine Tendenz zur Heilung zeigen und Pat. blässer und magerer geworden ist, Aussetzen des Decoct. Zittm. Chinin + Ferr. Aeusserlich Sol. Zinc. chlor. ($^1/_4$ %) auf die jetzt von Borken befreiten Geschwüre. — 31. Octob. Die Geschwüre am Rumpf und an den Extremitäten beginnen zu heilen. Dagegen sind die Geschwüre am Kopf unverändert. Erstere werden mit Empl. hydr. letztere mit Sublimatlösung ($^1/_2$ %) bedeckt.

11. Novemb. Die Geschwüre auf dem behaarten Kopfe eher etwas vergrössert, beginnen aber gut zu granuliren. — Ther.: Kal. jod. 1,0 pro die, local Jodoform. — 15. Novemb. Bedeutend besseres Aussehen der Geschwüre. — 18. Novemb. Geschwüre sämmtlich gut granulirend, Allgemeinbefinden besser. — 26. Novemb. Auffallende Besserung.

Die Temperatur, die leider erst vom 21. October an gemessen wurde, zeigte anfangs einige geringe Erhöhungen, dann war Patient fieberfrei bis zum 5. November, von da ab abendliche Temperaturerhöhungen bis 38,3—38,5—39,0° bis zum 11. November, von da ab unter Gebrauch von Kal. jod. war Pat. fieberfrei. — 10. Decemb. Alle Geschwüre sind übernarbt, Pat. wird entlassen.

Der Kranke bekam in der folgenden Zeit mehrfach kleine Recidive der Hautulcerationen, die unter Gebrauch von Kal. jod. und localer Anwendung des Empl. hydrarg. gewöhnlich schnell verheilten. Im Laufe des Jahres 1880 bekam Pat. mehrere tiefe Geschwüre auf dem weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand, die ebenfalls unter Kal. jod.-Gebrauch und energischen Aetzungen mit Lapis verheilten. Seitdem befindet sich Pat., den ich im Frühjahr 1882 zu sehen Gelegenheit hatte, dauernd gut.

In diesem Falle können wir die Zeit des Ausbruches der schweren — tertiären — Erscheinungen genau bestimmen, nämlich etwa 4 Monate nach dem Auftreten der Induration, also etwa 5 Monate nach der Infection. Das als Vorläufer der tertiären Symptome

erscheinende, auf der Grenze zwischen leichten und schweren Formen stehende pustulöse Exanthem trat im vierten Monate nach der Infection auf.

Vierter Fall.

K. . . . Emilie, Arbeitersfrau, 28 Jahre. Am 29. October 1879 tritt Pat. in poliklinische Behandlung. Diagnose: Erosionen auf den kleinen Schamlippen und in der Umgebung der Urethra. Der Mann der Pat. hatte sich am 27. August mit einer frischen Syphilis — Papulae mucosae oris et ani — die von einer vor 3 Monaten erfolgten Infection herrührte, vorgestellt. Am 8. November wurde die Patientin von einem lebenden Kinde entbunden, welches bei einer freilich nur einmaligen Untersuchung keine Zeichen von Syphilis darbot. — Bei der Pat. ist ferner notirt am 20. December: Syphilis, Plaques tonsillarum, Papulae madidantes genit. — Ther.: Inunctionen mit Ung. cin. 2,0 pro die.

23. Jänner 1880. Die Papeln an den Genitalien sind verheilt, dagegen haben sich zerfallende Papeln am weichen Gaumen und Zahnfleisch gebildet. — Ther.: Kal. jod. — 31. März. Auf dem behaarten Kopf und an der Nase mehrere tiefe Geschwüre mit speckigem Grunde und infiltrirtem Rande. — Ther.: Kal. jod. — 24. Mai. Die Geschwüre sämmtlich verheilt. Im oberen Theil des rechten Sternocleidomastoideus eine harte schmerzhafte Infiltration. — 28. Juli. Nach längerem Gebrauch von Kal. jod. ist die Infiltration am Hals geschwunden.

In diesem Falle hat die Infection vermuthlich im September oder Anfang October 1879 stattgefunden, jedenfalls, auch nach den Angaben über die Krankheit des Mannes, da dieser wohl sicher die Quelle der Erkrankung für die Frau war — nicht viel früher, und entsprechen die bei der ersten Untersuchung der Pat. constatirten Erosionen wahrscheinlich dem Primäraffect. Die ersten ulcerösen Erscheinungen traten auf etwa 6 Monate nach der Infection, zwei Monate später entwickelte sich ein Muskelgumma.

Fünfter Fall.

F. . . . . . Emilie, 23 Jahre, Arbeiterin, später Puella publica. 27. Mai bis 15. Juli 1880 erster Spitalsaufenthalt. Anamnestisch ergab sich nur, dass Pat. vor 7 Monaten entbunden ist. Das Kind ist während der ganzen Zeit gesund gewesen und konnte bei der am 28. Mai stattfindenden Untersuchung desselben kein Zeichen von Syphilis gefunden

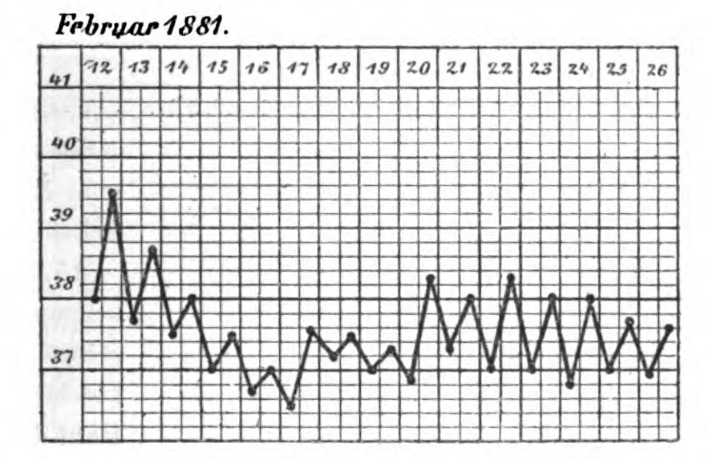


werden. Der Ausschlag bei der Pat. besteht seit 8 Tagen, eine vorhergegangene Erkrankung der Genitalien wird geläugnet.

Stat. pr. Kräftiger Bau, guter Ernährungszustand. Auf dem ganzen Körper, auch im Gesicht ein grosspapulöses Exanthem, das an einzelnen Stellen beginnende Schuppenbildung zeigt. Allgemeine Drüsenschwellung; an den Genitalien nichts Abnormes nachweisbar. — Ther.: Einreibungen mit Ung. cin. 1. Juni. Da Pat. die Einreibungen schlecht verträgt, werden dieselben sistirt und Kal. jod. und Roborantien verordnet. 12. Juni. Das Exanthem ist merklich abgeblasst. 24. Juni Einreibungen mit Ung. cin. bis 15. Juli; wo Pat. geheilt entlassen wird.

19. August bis 25. November zweiter Spitalsaufenthalt. Schon nach einem Monat erfolgte die Wiederaufnahme der Pat. wegen eines über den ganzen Körper verbreiteten ulcerösen Ausschlages. Sie wurde auf der nicht klinischen Abtheilung des Hospitals behandelt, und fehlen leider die näheren Angaben. Ich habe die Kranke ungefähr einen Monat nach ihrer Aufnahme gesehen, zu dieser Zeit hatte sie zahlreiche über die ganze Körperoberfläche verbreitete Geschwüre. — Nachdem ohne Erfolg Sublimatbäder und Kal. jod. angewendet waren, wurde Decoct. Zittm. verordnet, und die Kranke konnte am 25. November geheilt entlassen werden.

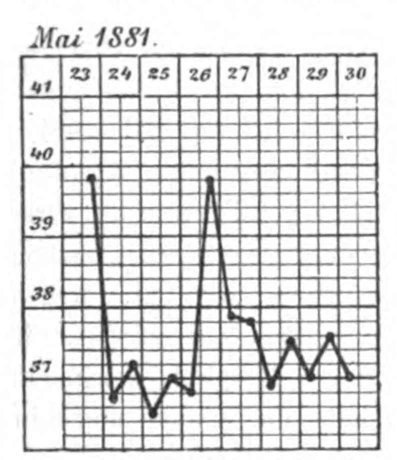
8. Febr. bis 30. Mai 1881 dritter Spitalsaufenthalt. Bald nach der vorigen Entlassung der Pat. begannen sich neue Ulcerationen zu bilden, und jetzt finden sich über den ganzen Körper verbreitet tiefe



Geschwüre mit scharfen Rändern. Pat. ist gegen früher sehr heruntergekommen und fiebert. — Ther.: Decoct. Zittm.; Empl. hydrarg. Roborirende Diät.

20. Febr. Die Geschwüre verkleinert, beginnen gut zu granuliren.

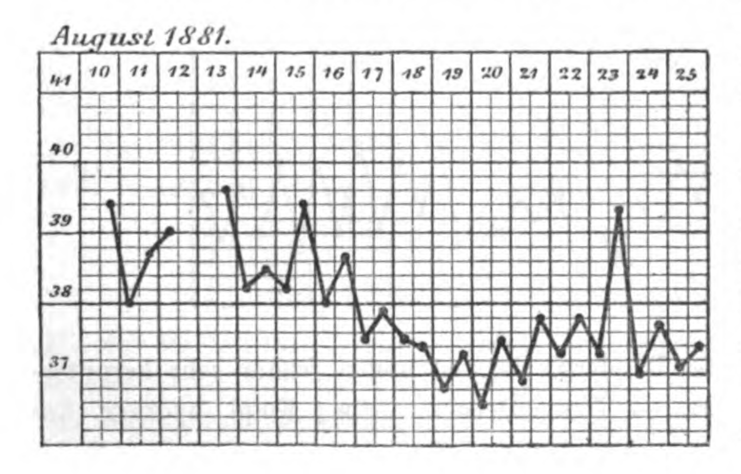
15. März. Alle Geschwüre in Heilung begriffen mit Ausnahme der an den Beinen befindlichen. Körpergewicht 108 Pfund gegen 105 Pfund am 15. Februar.



23. Mai. Eine Reihe der Geschwüre sind verheilt, andere dagegen haben sich vergrössert, an einzelnen Stellen sind frische entstanden. Viele der Geschwüre haben eine nierenförmige Gestalt angenommen. In den letzten Tagen Fieber. Decoct. Zittm. musste in der Zwischenzeit wegen Durchfalls ausgesetzt werden, Pat. bekam Tinct. Chin. comp. Am 30. Mai wurde Pat. als nicht geheilt, auf ihren Wunsch entlassen.

28. Juli bis 29. August vierter Spitalsaufenthalt. 28. Juli. Vor drei Tagen Schüttelfrost, der sich in den nächsten Tagen wiederholte. Stat. praesens. Auf dem Kopf, an der rechten Seite der Nase, auf dem Rücken, den Armen und Beinen eine Anzahl tiefer geschwüriger Stellen, von denen einige die Grösse eines Fünfmarkstückes erreichen. Die rechte Hälfte der Nase ist stark geschwollen und schmerzhaft. Keine Vergrösserung der Milz nachweisbar. Körpergewicht 102 Pfund. Fiebererscheinungen, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. (Leider fehlt die Temperaturcurve aus der ersten Zeit des diesmaligen Aufenthaltes.) — Ther.: Decoct. Chinae. Empl. Hydrarg.

2. August besseres Aussehen der Geschwüre, Anschwellung der Nase zurückgegangen. Nachts starke Schweisse.



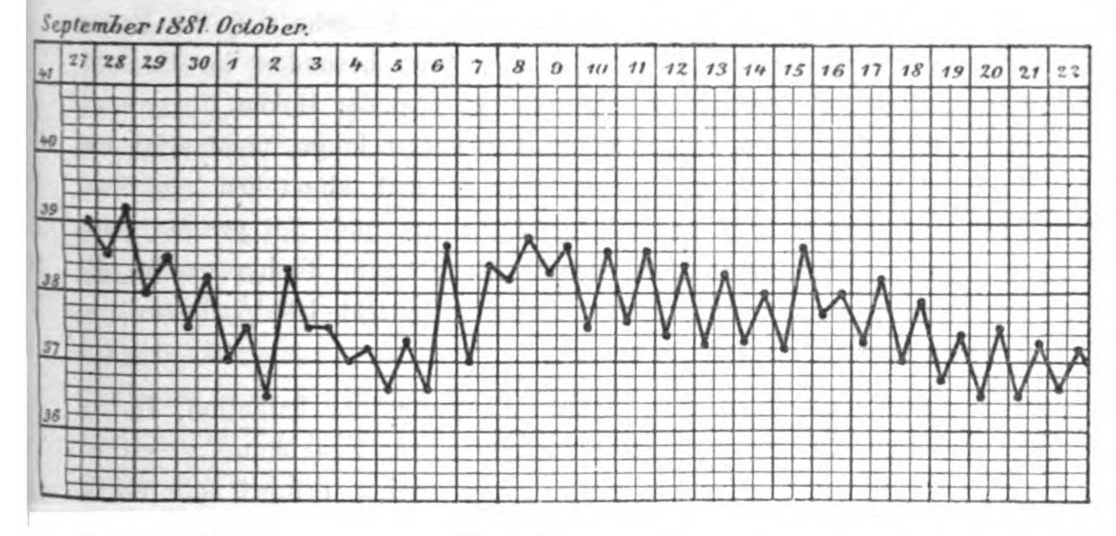
15. August. Sehr schmerzhafte Anschwellung der linken Mittelhand, die Haut darüber verschieblich. — Ther. Kal. jod.; Tinct. jod. äusserlich.

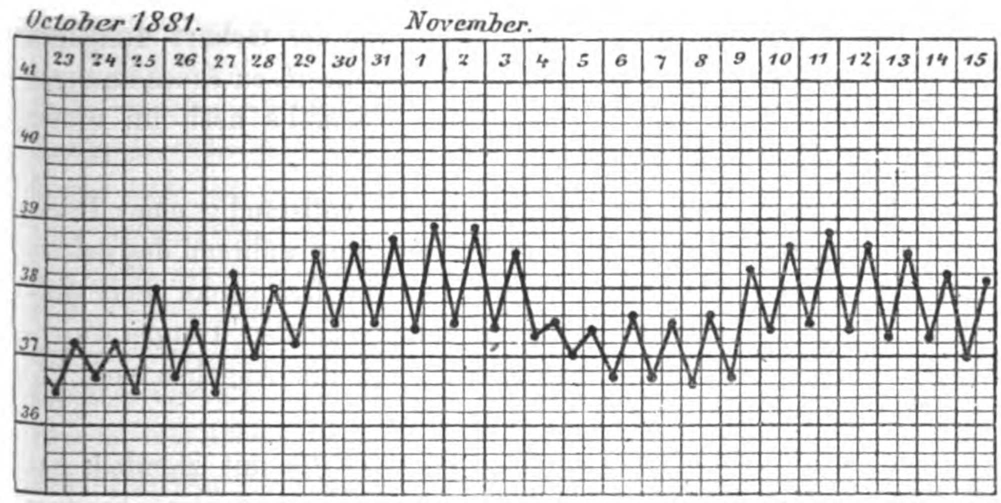
26. August. Die



Schwellung der Weichtheile hat sehr abgenommen, jetzt ist deutlich eine schmerzhafte Anschwellung des centralen Endes des dritten Metacarpalknochens zu fühlen. — 29. Aug. Die Geschwüre sind bis auf einzelne kleine offene Stellen verheilt. — Pat. wird wieder auf ihren Wunsch gegen ärztlichen Rath entlassen.

27. Sept. bis 25. Novemb. 1881 fünfter Spitalsaufenthalt. Auf einer Anzahl der Narben von den früheren Geschwüren haben sich theils mit Krusten bedeckte Geschwüre, theils papulöse Efflorescenzen gebildet, von denen einige die Grösse eines Thalers erreichen. — Ther.: Decoct. Chin.





11. October Schmerzhaftigkeit und geringe Schwellung des linken Kniegelenks. — 15. Octob. Kal. jod. — 25. Octob. deutliche Schwel-



lung und ziemlich beträchtliche Schmerzhaftigkeit in der Mitte der linken Ulna. — 8. November. Am dritten rechten Metacarpalknochen eine schmerzhafte Anschwellung. — 25. November wird Pat., nachdem sämmtliche Geschwüre geheilt sind und die Schwellung des linken Kniegelenks verschwunden ist, entlassen. Es besteht noch die Auftreibung an der Ulna und am dritten rechten Metacarpus.

12. Jänner bis 5. Februar 1882 sechster Spitalsaufenthalt. — Wiederauftreten der Geschwüre vor circa 4 Wochen. Auf dem Gesicht und den oberen Extremitäten eine Anzahl von Geschwüren mit scharfen Rändern, von denen das grösste am rechten Ellenbogen über Thalergross ist. Die grösseren sind nicht sehr tief, ihr Boden ist mit Granulationen erfüllt, die kleineren, besonders im Gesicht, sind tief, und ihr Grund ist eitrig belegt. An der linken Ulna, etwa in der Mitte derselben, eine mehrere Centimeter lange, nicht schmerzhafte Auftreibung. Die Temperatur war diesmal, abgesehen von einer Abenderhöhung auf 38°, normal. — Ther.: Kal. jod. 2,0 pro die. Ferr. + Chin. — 30. Jänner. Die Geschwüre fast sämmtlich vernarbt, die Auftreibung an der Ulna etwas kleiner. Gewicht $104\,^1/_2$ Pfund. — 5. Februar Pat. geheilt entlassen.

Zwar fehlt die genaue Zeitbestimmung der Infection, indess kann einmal aus der Beschaffenheit des ersten Exanthems geschlossen werden, dass dieselbe nicht lange vorher erfolgt sein muss, dann spricht die Gesundheit des Kindes dafür, dass die Ansteckung erst nach, oder jedenfalls nicht lange vor der Geburt desselben erfolgt ist, so dass das Auftreten der ersten ulcerösen Erscheinungen circa 6 8 Monate nach der Infection, jedenfalls noch im ersten Jahre der Krankheit erfolgte.

Ich mache auch hier wieder auf die vollständig einer Intermittens (quartana) gleichende Fieberbewegung während des dritten Aufenthaltes (cf. die zweite Curve) und die fast genau dem Auftreten neuer Knochenerkrankungen entsprechenden Temperaturerhöhungen während des 5. Aufenthaltes (cf. die Angaben vom 25. October und 8. November) aufmerksam.

Allerdings litt Pat. an einer Parametritis mit ziemlich bedeutendem Exsudate, welche vielleicht nicht ganz ohne Einfluss auf die Fieberbewegung war, trotzdem aber spricht das gleichzeitige Auftreten der Fieberexacerbationen mit den jedesmaligen

Ausbrüchen frischer syphilitischer Affectionen wesentlich für die Abhängigkeit des Fiebers von den letzteren.

Sechster Fall.

H...... Otto, 29 Jahre, Eisenbahnbeamter. Am 3. Juli 1880 wird Pat. in die Klinik aufgenommen. Diagnose: Sclerosis in glande penis, Adenitis universalis. Infection vor 8 Wochen (ausser der Ehe), einige Tage später Auftreten eines rothen „Flecks" an Stelle des jetzigen Geschwürs, der allmählich grösser wurde und vor ungefähr 8 Tagen zu eitern anfing. Auf der Glans ein circa 20 Pfennigstückgrosses, speckig belegtes Geschwür mit mässig infiltrirtem Rand. Schwellung der Inguinaldrüsen links, der Jugular- und Cubitaldrüsen. Sehr kräftiger Bau, guter Ernährungszustand. Nachdem Pat. 5 Tage local behandelt ist, wird er ohne wesentliche Aenderung der Erscheinungen aus äusseren Gründen entlassen.

9. October 1880. Pat. stellt sich in der Poliklinik vor mit einem über dem ganzen Körper verbreiteten tuberculösen Exanthem. Die Knoten sind theilweise von der Grösse einer kleinen Kirsche, braunroth, aber nirgends exulcerirt. — Vor 4 Wochen Halsschmerzen, vor 3 Wochen Auftreten des Exanthems. Pat. wird mit Inunctionen behandelt, die indessen nicht regelmässig ausgeführt werden, da Pat. genöthigt ist, dieselben im Schaffnerhäuschen während der Eisenbahnfahrt zu machen. Nach einiger Zeit — die genauere Zeitangabe fehlt leider — sind die Knoten mit Hinterlassung von Narben resorbirt.

21. März 1881. Auf der rechten Seite des Septum narium ein tiefes speckig belegtes Geschwür. Die rechte Submaxillardrüse wallnussgross, sehr wenig schmerzhaft, die Haut über derselben normal. Ther.: Kal. jod. — 14. April. Die Schwellung der Drüse ist bedeutend zurückgegangen.

29. September 1881. Pat. wird wieder in die Klinik aufgenommen. Ueber den ganzen Körper verbreitet zahlreiche pigmentirte Narben. Am linken Oberschenkel, am rechten Arm und in der linken Schläfengegend tiefe Geschwüre, bis thalergross. Geringe Pharyngitis. Klagen über starke Schmerzen im Hinterkopf. — Ther.: Einreibungen von Ung. cin. Nach 22 Einreibungen sind die Geschwüre verheilt, dagegen hat sich auf der rechten Seite des Septum narium wieder eine tiefe Ulceration gebildet. Ther.: Ferr. + Chin. Touchiren des Geschwürs in der Nase.



28. October wird Pat. entlassen und von da ab poliklinisch weiter behandelt. — Von Zeit zu Zeit treten stets wieder neue Ulcerationen auf, die unter Anwendung von Eisen und Chinin und äusserer Application von Empl. hydrarg. in Heilung übergingen.

Ich habe den Pat. zuletzt im April 1882 gesehen, wo er wieder mehrere Ulcerationen auf der behaarten Kopfhaut und an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche hatte. Er war sehr abgemagert und klagte über grosse Schwäche. — Ueber eine eventuelle Ansteckung der Frau ist mir nichts bekannt geworden.

Die Infection erfolgte Anfangs Mai. Auftreten des ersten tertiären Symptoms — tuberculöses, mit Narbenbildung heilendes Syphilid — gegen Ende September, also im 5. Monat nach der Ansteckung. Dieser Kranke bot ein Symptom dar, welches ich ebenfalls als der tertiären Reihe angehörig betrachte, nämlich eine ziemlich acut auftretende, sehr erhebliche Lymphdrüsenschwellung, die aber trotzdem auffallend wenig oder gar keine Schmerzen erregt und sich hierdurch von anderen symptomatischen Lymphdrüsenschwellungen unterscheidet. Ich habe diese acuten schmerzlosen Drüsenschwellungen, wobei die Drüse die Grösse einer Wallnuss erreichen oder gar übersteigen kann, noch bei zwei anderen Syphilitischen gesehen, bei diesen letzteren beiden viele Jahre nach der Infection, gleichzeitig mit anderen tertiären Symptomen. Die Schwellung ging jedesmal auf Jodkaliumgebrauch prompt zurück.

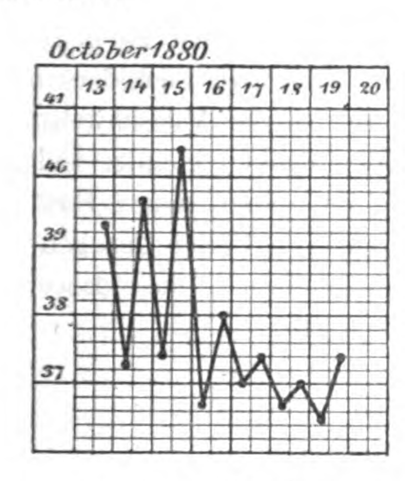
Siebenter Fall.

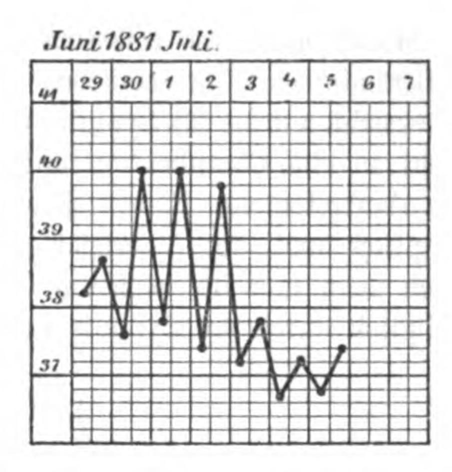
M.... Theodor, 24 Jahre, Töpfer. 13. bis 28. October 1880 erster Spitalsaufenthalt. Im Juni d. J. acquirirte Pat. einen Schanker, im Juli und August stellte sich ein Ausschlag auf dem Kopfe ein, der unter Gebrauch von Kal. jod. heilte; später erschien auch auf dem Körper ein Ausschlag.

Stat. praesens vom 13. October: Adenitis universalis. Ueber den ganzen Körper verbreitet eine grosse Anzahl von Knötchen, die in der Mitte zerfallen und z. Th. bereits in mit Krusten bedeckte Geschwüre umgewandelt sind. — Ther.: Ung. ciner. 2,0 pro die. Kal. jod. 1,5 pro die. Empl. hydr. äusserlich.

16. October Sistirung der Einreibungen und des Kal. jod. Decoct. Chin. + Tinct. ferri pom. Die Heilung der Geschwüre schreitet

schnell vorwärts, so dass Pat. am 28. October geheilt entlassen werden kann.





28. Juni bis 6. August 1881 zweiter Spitalsaufenthalt. Vom Jänner dieses Jahres an Auftreten neuer Geschwüre. — Jetzt finden sich grosse Geschwüre am Kopf und auf dem Rücken, von denen das grösste fast die ganze Hinterfläche des Kopfes einnimmt. Dieselben verheilen im Centrum und schreiten an der Peripherie fort. Die Schleimhäute bieten keine Abnormitäten dar. — 30. Juni Milz stark vergrössert, der vordere Rand drei Querfinger vor dem Rippenbogen fühlbar. — 1. Juli 1 Uhr Mittags Frost. 1,0 Chin. sulf. — 2. Juli 1,0 Chin. sulf., von da ab etwa 8 Tage 0,5 Chin. sulf. täglich. — 6. Septemb. Nachdem Pat. während der ganzen Zeit — allerdings mit einigen Unterbrechungen wegen Durchfalls — mit Decoct. Zittm. behandelt ist, wird derselbe entlassen. Alle Geschwüre sind vernarbt, nur auf dem Kopf haben sich einige frische papulöse Efflorescenzen gebildet.

16. Februar bis 18. März 1882 dritter Spitalsaufenthalt. Bis Ende December vorigen Jahres war Pat. gesund, von da ab stellten sich wieder Geschwüre ein. Jetzt besteht auf der rechten Seite der Oberlippe ein etwa Markstückgrosses tiefes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern; einige ähnliche, aber kleinere Geschwüre auf der Stirn, am Nacken und Scheitel. — Ther.: Kal. jod. 1,5 pro die, Empl. hydrarg. Die Temperatur zeigte diesmal nur an drei Abenden Erhöhungen über 38° und war sonst normal. Die Geschwüre zeigen bald Tendenz zur Heilung und nachdem das Körpergewicht von $117^1/_2$ Pfund auf $124^1/_2$ Pfund gestiegen war, wurde Pat. am 18. März geheilt entlassen.

In diesem Falle traten die ersten Geschwürsprocesse im 5. Monat nach dem Erscheinen des Schankers, also wohl im 6. Monat nach der Infection auf. Das Fieber glich zweimal so vollständig einer Intermittens quotidiana, dass man besonders mit Rücksicht auf die für Syphilis ungewöhnlich starke Milzschwellung wohl an eine Complication mit Intermittens denken konnte. Indess das Auftreten des Fiebers jedesmal zur Zeit einer neuen Haupteruption und der Vergleich mit den anderen Fällen machen es doch auch hier im höchsten Grade wahrscheinlich, dass dasselbe lediglich durch die Syphilis hervorgerufen war.

Achter Fall.

D. . . . . Markus, 35 Jahre, Schneider. 20. December 1880 tritt Pat. in poliklinische Behandlung. — 12. Juni ausserehelicher Coitus. 4 Wochen später Ausfluss aus der Harnröhre, Verhärtung um die Oeffnung derselben und Auftreten eines Geschwürs auf der unteren Fläche des Penis. Mitte August Ausschlag aus kleinen rothen Flecken und Knötchen bestehend, heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und starke Schweisse. — Pat. bekam 32 Einspritzungen einer Quecksilberlösung (subcutan) später Kal. jod. Anfangs September Auftreten von „Eiterblasen“ auf den Armen und Beinen, die in Geschwüre übergingen.

Stat. pr. vom 20. December. Auf der unteren Fläche des Penis eine circa 20 Pfennigstückgrosse, noch etwas infiltrirte Narbe. Geringe Drüsenschwellungen. Auf den Armen und Beinen, ferner im Gesicht eine grosse Anzahl bis 10 Pfennigstückgrosser Geschwüre, meist mit Krusten bedeckt, am Rande sehr tief, während das Centrum von hochragenden Granulationen eingenommen wird. An einzelnen Stellen ist der Rand serpiginös. — Ther.: Natr. jod., Empl. hydrarg. Die Behandlung wurde indess nicht regelmässig fortgeführt und der Zustand verschlimmerte sich derart, dass Pat. sich am 18. Juni 1881 in das Hospital aufnehmen liess.

Stat. pr. vom 18. Juni. Ueber den ganzen Körper zerstreut, ganz besonders aber im Gesicht finden sich in der Mitte vernarbte Stellen, deren Peripherie von einem serpiginösen theils papulösen, theils ulcerirten, und dann mit Krusten bedeckten Walle eingenommen wird. Diese Heerde sind bis flachhandgross. — Pat. ist von untersetztem aber kräftigem Körperbau und leidlich guter Ernährung.

Urin ohne Albumen. — Ther.: Inunctionen mit Ung. cin. 3,0 pro die. Decoct. Zittm.

Am 18. Juli konnte Pat. geheilt, natürlich mit Narbenbildung auf allen betroffenen Stellen, entlassen werden. — Ich habe den Pat. seitdem mehrfach gesehen, und ist die Heilung bis jetzt dauernd geblieben.

Die ersten tertiären Erscheinungen traten schon im dritten Monat nach der Infection auf, nachdem ein maculopapulöses Syphilid vorausgegangen war.

Dieser Fall gewinnt noch dadurch ein besonderes Interesse, dass die Frau des Pat. von ihm inficirt wurde, und lasse ich die Krankengeschichte derselben hier folgen.

D . . . . . Hulda, 28 Jahre. Am 18. December 1880 trat Pat. in poliklinische Behandlung. Anfang August d. J. litt Pat. an Geschwüren an den Genitalien, mit Anschwellung der Leistendrüsen, die nach localer Behandlung wieder heilten. Ende September eine Erkrankung, durch welche Pat. bettlägerig wurde. Die Symptome derselben waren nicht genau eruirbar. Es soll damals eine Parese des rechten Armes und Beines bestanden haben. Diese Erscheinungen besserten sich, ohne indess ganz zu verschwinden. Anfangs November trat zum ersten Mal ein Ohnmachtanfall auf, Pat. fiel im Zimmer hin und war ungefähr $^{1}/_{4}$ Stunde bewusstlos. Seitdem Wiederholung der Anfälle ungefähr einmal wöchentlich. Kurz vor den Anfällen empfindet Pat. heftige Kopfschmerzen und Uebelkeit, nach denselben Kopfschmerzen, Mattigkeit und Frost. Früher hat Pat. nie an ähnlichen Anfällen gelitten.

23. December. Gestern Abend Anfall von ungefähr 10 Minuten Dauer. Unmittelbar nachher klonische Krämpfe im linken Bein. — Die Sensibilitätsprüfung ergab keine Abnormitäten, dagegen ist die Druckkraft der rechten Hand gegen die linke deutlich herabgesetzt. Pat. bekam Kal. jod. Die Anfälle nahmen an Häufigkeit ab, leider entzog sich Pat. aber später der Beobachtung, doch habe ich von ihrem Manne erfahren, dass ihr Befinden sich dauernd besserte, und sie später jedenfalls keine erhebliche Krankheitserscheinungen darbot.

Dieser Fall ist insoferne wichtig, als er zeigt, dass die Syphilis maligna sich keineswegs in derselben Form weiter überträgt. Dass wirklich Syphilis bei der Frau vorliegt, scheint mir nicht zweifelhaft, obwohl die gewöhnlichen Allgemeinerscheinungen nicht



beobachtet oder vielmehr wohl übersehen worden sind. Das ist ja so häufig, und dem weiteren Verlauf nach entsprach der Fall vollkommen den von Fournier[1]) beschriebenen Fällen von secundärer Epilepsie. Ich kann es nicht unterlassen, an dieser Stelle auf eine Aeusserung von Plenk[2]) hinzuweisen, welche zeigt, zu welch bewundernswerthen Resultaten die richtige Beobachtung auch ohne das theoretische Verständniss der Thatsachen führen kann. Als eines der nervösen Symptome der Syphilis führt dieser Autor nämlich auf: „Die venerische Fallsucht. Epilepsia venerea. Es ist eine periodische Zusammenziehung (Convulsion) des ganzen Körpers mit einer Beraubung der Sinne.

1. Von einem inneren Knochenauswuchs der Hirnschale. Man kann sie aus dem festsitzenden Schmerz an irgend einem Orte unter der Hirnschale vermuthen.

2. Von der verborgenen Lustseuche". — Zur Anführung des ersten ätiologischen Momentes konnte den Autor doch nur eine grosse Anzahl von richtigen Beobachtungen führen, denn erst viel später gab die Erkenntniss von der Rindenepilepsie den Schlüssel zu diesem Zusammenhang. Heutzutage ist es allerdings leicht verständlich, dass die Periostitiden, die gelegentlich doch auch den inneren Schädelüberzug befallen können, da sie sich so häufig auf dem äusseren zeigen, zu epileptischen Erscheinungen Veranlassung geben können.

Neunter Fall.

H. . . . Carl, 26 Jahre. Am 2. Juni 1881 stellt sich Pat. in der Poliklinik vor. Die Frau des Pat. ist in ihrem 14. Jahre mit Syphilis inficirt, sie hatte damals Ausschlag auf dem Körper, Haarausfall und starken Ausfluss aus den Genitalien. Sie wurde mit Pillen behandelt und ist angeblich seitdem gesund. — Erstes Kind wurde im 7. Monat der Schwangerschaft faultodt geboren, zweites Kind wurde 11. Jänner 1881 geboren, scheinbar gesund, bekam nach 3 Wochen Ausschlag und böse Lippen. Das Kind starb am 24. Mai. Der Vater, welcher nach dem Volksgebrauch den Lutschbeutel des Kindes öfters in den Mund nahm, bekam Mitte April ebenfalls böse Lippen und

[1]) Annal. de Derm. et Syph. 1880 p. 16 seq.

[2]) Lehre von den venerischen Krankheiten, übersetzt von Wasserberg. Wien 1780. p. 189.



wurde mit Pillen behandelt. Seit 4 Wochen will er den Ausschlag bemerkt haben.

Stat. pr. vom 2. Juni. Deutliche Schwellung der Cervical- und Cubitaldrüsen. Ueber den ganzen Körper zerstreut mit Krusten bedeckte, scharfgeschnittene Ulcerationen. Pat. fiebert (38,7) und sieht sehr elend aus. Der Urin enthält ziemlich reichlich Albumen; im Sediment granulirte, mit verfetteten Epithelzellen bedeckte Cylinder. — Ther.: Inunctionen mit Ung. cin.

1. December. Pat. hat nur wenige Einreibungen gemacht, weil er Stomatitis bekam. Trotzdem waren nach ungefähr einem Monat die Mehrzahl der ulcerösen Stellen verheilt. Jetzt bestehen noch im Gesicht und auf einem Fuss ulcerirte Stellen. Auf dem übrigen Körper zahlreiche Narben. Albumengehalt des Urins stärker. — Ther.: Kal. jod.

Ich habe dann den Pat. im Mai 1882 wiedergesehen; die Ulcerationen waren sämmtlich mit Hinterlassung von Narben geheilt. Dagegen bestand noch ein ganz geringer Eiweissgehalt des Urins.

Wir müssen hier also annehmen, dass Pat. nicht von seiner Frau angesteckt wurde, da dieselbe zu dieser Zeit keine Symptome der Syphilis mehr zeigte, sondern dass die Krankheit, die bei dem Kinde gewissermassen zu einem frischen Ausbruch gekommen war, erst von diesem auf ihn übertragen wurde. Ferner ist mit grosser Wahrscheinlichkeit auch die Nierenerkrankung auf die Syphilis zurückzuführen, obwohl sich ein definitives Urtheil in dieser Richtung nicht sprechen lässt, da der Urin des Pat. vor der syphilitischen Erkrankung nicht untersucht ist. Das Auftreten der ulcerösen Erscheinungen fand ungefähr 3 Monate nach der Infection statt.

Zehnter Fall.

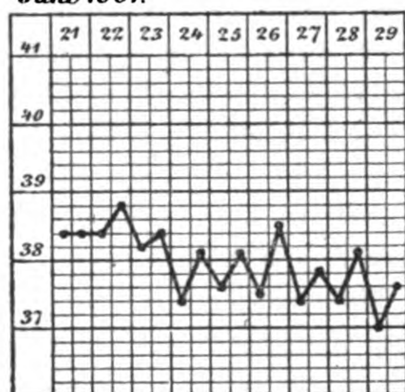
F . . . . . Heinrich, 24 Jahre, Commis. — 20. Juni 1881 wird Pat. in die Klinik aufgenommen. Früher war Pat. nie krank. Im März dieses Jahres inficirte er sich, bald darauf trat ein Geschwür an der unteren Fläche des Gliedes auf, welches ziemlich schnell heilte. Nach 2 Monaten Schlingbeschwerden, angeblich kein Ausschlag. — Pat. hat bis jetzt eine Inunctionskur (30 Einreibungen) und vorher einige Tage Quecksilber innerlich gebraucht. — Seit circa 5 Tagen starke Verschlimmerung der Halsschmerzen.

Stat. pr. vom 20. Juni. Das Velum palati ist stark geröthet; etwas links von der Medianlinie eine fast kreisrunde Perforation. Die



gespaltene Uvula hängt links nur mit einer ganz dünnen Brücke noch mit dem Velum zusammen, rechts ist eine etwas breitere Brücke erhalten. Auf der Uvula selbst und auf der hinteren Rachenwand — durch die Perforation sichtbar — mehrere tiefe Ulcerationen. Allgemeine Drüsenschwellung. An der Haargrenze hinter dem linken Ohr eine mit einer Kruste bedeckte Ulceration. — Ther.: Touchiren der Perforation mit Arg. nitr. und Wasser zu gleichen Theilen. Decoct. Zittm.





21. Juni. Die schmale Brücke an der linken Seite der Uvula ist durchbrochen, die Uvula hängt frei an der rechts erhaltenen Brücke herab. — Flüssige Diät.

19. Juli. Die Ulcerationen sind sämmtlich verheilt, das Zäpfchen hängt an einem dünnen Strange an der rechten Seite des Gaumens herab. — Pat. wird entlassen.

Im September 1881 traten wieder Ulcerationen am Gaumen auf, wegen deren Pat. von einem auswärtigen Arzte von Neuem einer Schmierkur von 30 Einreibungen unterworfen wurde. Am 17. April 1882 stellt er sich wieder in der Poliklinik vor. Der weiche Gaumen fehlt fast vollständig, nur rechts ist noch ein kleiner Rest erhalten, an dem die Uvula hängt. Die hintere (obere) Fläche des Gaumens ist von mehreren speckig belegten Geschwüren eingenommen. Pat. sieht sehr heruntergekommen aus. — Ther.: Decoct. Zittm. — Kal. jod. 1,3 pro die. Local Jodoform. — Nach 4 Wochen waren die Geschwüre verheilt.

Die ersten ulcerösen Erscheinungen traten hier im vierten Monat nach der Infection auf. Hier war vorzüglich die Schleimhaut der Rachengebilde ergriffen, und die Erscheinungen auf der Haut beschränkten sich auf eine einzelne Ulceration am Kopf.

Elfter Fall.

B...... Anna, 22 Jahre, Cigarrenarbeiterin. 24. August 1881 wurde Pat. ins Hospital aufgenommen. Anamnestisch ergab sich, dass der letzte Coitus vor etwa 5 Wochen stattgefunden habe, und dass vor $1^1/_2$ Wochen ein Ausschlag auf dem Körper aufgetreten sei.

Stat. praes. vom 24. August. Mittelkräftiger Bau, Ernährungszustand ziemlich gut. Hautfarbe dagegen auffallend blass. Ueber dem ganzen Körper verbreitet ein aus linsengrossen Papeln und eingetrockneten Pusteln bestehendes Exanthem. Die Haut beider Handteller verdickt, leicht schuppend, mit einzelnen Rhagaden. Auf beiden Tonsillen eitrig belegte Geschwüre. Das untere Ende des rechten Labium minus etwas ödematös, infiltrirt, auf der Oberfläche desselben eine Ulceration. Geringe Schwellung der Inguinaldrüsen, stärkere der übrigen Lymphdrüsen. — Am rechten Unterschenkel über der Tibia eine Ulceration mit schmutzig grauem Grunde und scharfen Rändern. — Ther.: Inunctionen mit Ung. ciner. Schon nach ungefähr einer Woche hat sich ein grosser Theil der Pusteln in Geschwüre, von denen einzelne zweimarkstückgross sind, umgewandelt. Um dieselben ein rother, entzündlicher Hof. Zwischen den Geschwüren finden sich noch Papeln vor.

8. September. An allen ulcerirten Stellen ist ein deutliches Fortschreiten des Processes zu beobachten. Pat. bekommt neben den Einreibungen Kal. jod. 1,0 pro die.

12. September. Die Papeln und die Geschwüre auf den Tonsillen sind geheilt. Die Hautgeschwüre zeigen keine Tendenz zur Heilung, im Gegentheil es sind immer noch frische entstanden. — Wegen Stomatitis Aussetzen der Schmierkur und des Kal. jod. Die Geschwüre werden mit Jodoform verbunden. Bäder. — 29. Septemb. Einzelne der Geschwüre beginnen sich zu verkleinern. — Ferr. + Chin.

18. October bis 11. November bekam Pat. Decoct. Zittm. ohne dass ein wesentlicher Erfolg erzielt wurde. Einige der Geschwüre heilten allerdings, dafür bildeten sich aber stets frische, so im Gesicht und auf dem behaarten Kopf, besonders hartnäckig zeigt sich ein Geschwür am linken Unterschenkel über der Tibia, welches über 5 Markstückgross ist.

23. Jänner 1882. Das Geschwür am linken Unterschenkel theilweise übernarbt, aber am oberen Rande desselben ist ein tiefer Zerfall eingetreten. Etwas nach innen hiervon fühlt man eine etwa wallnussgrosse, harte Infiltration, über welcher die Haut bläulich verfärbt ist. — Kal. jod. 1,3 pro die.

26. Jänner. Der eben erwähnte Knoten ist zum Theil zerfallen und haben sich daselbst mehrere tiefe Geschwüre gebildet. — Kal. jod. 2,0 pro die. Allgemeinbefinden gut.

9. Februar. Alle Geschwüre sind verheilt bis auf dasjenige am linken Unterschenkel, doch ist auch dieses sehr verkleinert. — Im März wurde Pat. geheilt entlassen.

Bei der Aufnahme der Pat. bestand der Primäraffect noch, daher dürfen wir das damals bestehende Exanthem wohl als das erste ansehen, welches also dem zweiten, höchstens dem dritten Monat nach der Infection entspricht. Gleichzeitig mit diesem war an einer allerdings den Traumen leicht ausgesetzten Stelle, am Unterschenkel, eine Ulceration aufgetreten. Die über den ganzen Körper verbreiteten Ulcerationen entwickelten sich etwa 3 Wochen nach dem Auftreten des ersten Exanthems.

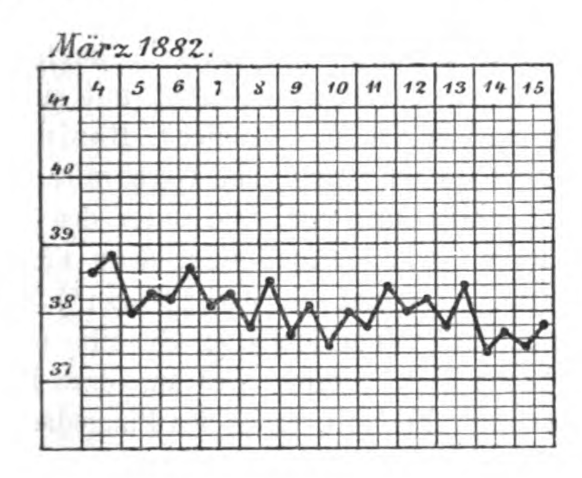
Zwölfter Fall.

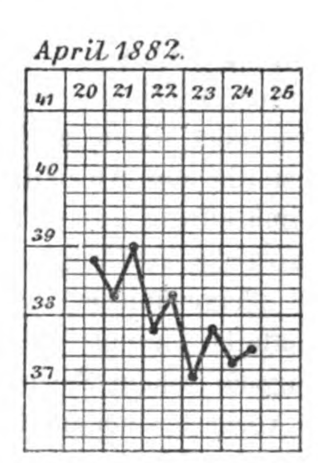
H . . . . Paul, 31 Jahre, Silberarbeiter. 27. Februar 1882 wurde Pat. in die Klinik aufgenommen. Diagnose: Sclerosis labii inferioris. Exanthema pustulosum. — Ueber die Infection ist nichts zu eruiren; die Frau des Pat. ist gesund. Die Anschwellung der Unterlippe begann vor 5 Wochen, vor 8 Tagen Auftreten von Pusteln auf dem behaarten Kopf. — St. pr. vom 27. Februar. Mässig kräftiger Bau, guter Ernährungszustand. Die linke Hälfte der Unterlippe ist stark geschwollen und indurirt, die Oberfläche der Anschwellung wird von einer tiefgehenden Ulceration eingenommen. Sehr starke Schwellung der linken Submaxillardrüsen, geringere der übrigen Lymphdrüsen. Auf dem behaarten Kopf einzelne kleine, mit Schorfen bedeckte Geschwüre. Klagen über starke Kopfschmerzen und Nachtschweisse. — Ther.: Einreibungen von Ung. cin. 2,0 pro die.

1. März. Starke Schmerzen in der Gegend des rechten Kniegelenks und besonders bei Druck auf das rechte Fibularköpfchen. Daselbst geringe Schwellung. Kal. jod. 1,2 pro die. — 4. März. Auf dem Rumpf und den Oberschenkeln haben sich mehrere etwa linsengrosse, scharfgeschnittene Geschwüre mit infiltrirtem, geröthetem Rande entwickelt, dazwischen kleine rothe Knötchen und Pusteln mit rothem, infiltrirtem Hof. Allgemeinbefinden besser, Kopfschmerzen verschwunden. Aussetzen der Inunctionen, Weitergebrauch des Kal. jod. — 7. März. Die Geschwüre haben sich vergrössert, einige sind 20 Pfennigstückgross. — Aussetzen des Kal. jod. — Ferr. + Chinin. — 15. März. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Fibularköpfchens



verschwunden. Seit zwei Tagen besteht eine ziemlich beträchtliche, sehr schmerzhafte Schwellung in der Gegend des rechten Tuber frontis. Local Jodoform-Collodium. — 23. März. Der Primäraffect an der Lippe mit Zurücklassung einer wenig infiltrirten Narbe verheilt. Die Hautgeschwüre sind sämmtlich verheilt. 27. März. Die Schwellung an der Stirn mit Hinterlassung einer deutlichen Knochenauftreibung verschwunden.





1. April. Pat. wird geheilt entlassen.

Schon am 20. April wurde Pat. wieder aufgenommen. Ueber dem rechten Ellenbogen und dem linken Tuber oss. ischii etwa 20 Pfennigstückgrosse, ziemlich tiefe Ulcerationen, deren Umgebung stark infiltrirt ist. Auf dem behaarten Kopf 5—6 ähnliche, aber nicht so tiefe Geschwüre, deren Umgebung ebenfalls stark infiltrirt ist und deutlich das Niveau der normalen Haut überragt. Diese Geschwüre erregen heftige Schmerzen. Auftreten derselben vor 8 Tagen. — Ther.: Ferr. + Chinin. — Kal. jod. 1,0 pro die. — 22. April. Klagen über heftige Kopfschmerzen. — 1. Mai. Pat. in dessen Zustand sich nichts wesentliches geändert hat, wird ungeheilt auf seinen Wunsch entlassen.

In diesem Falle erschienen die ersten Geschwüre ebenfalls noch während des Bestehens des Primäraffects, etwa 6 Wochen nach dem Auftreten desselben, also jedenfalls im 3. Monat nach der Infection.

Indem wir nun zur näheren Betrachtung der einzelnen Symptome der Syphilis maligna übergehen, tritt uns zunächst die

Frage entgegen, ob schon in den Erscheinungen des Primäraffectes irgend welche charakteristische Eigenthümlichkeit sich erkennen lässt. In der That finden sich viele Angaben, welche dafür zu sprechen scheinen, dass schon diese erste Manifestation der syphilitischen Infection in diesen Fällen gewisse Besonderheiten zeige, so bei Carmichael[1]), welcher angibt, „dass die fressenden und schorfigen Geschwüre (sc. an den Genitalien) meist von besonders hartnäckigen und bösartigen Symptomen am ganzen Körper, nämlich blatterartigen Flecken und Buckeln begleitet werden, welche Geschwüre bilden, die sich gemeiniglich mit einem fressenden Rande ausbreiten und in der Mitte heilen". Bazin ist ebenfalls der Ansicht, dass meist phagedänische Geschwüre als Primäraffecte der malignen Syphilis auftreten, und unter den von Dubuc[2]) veröffentlichten Fällen war viermal unter neun Fällen ein phagedänischer Schanker beobachtet. Krowczyński[3]) hat ebenfalls einmal die Entwickelung einer malignen Syphilis nach phagedänischem Schanker beobachtet, nimmt aber an, dass hier die vorherbestandene Cachexie sowohl die Ursache des Phagedänismus des Primäraffectes als der späteren schweren Erscheinungen gewesen sei. Auch Bäumler[4]) gibt ein nicht seltenes Vorkommen dieses Zusammentreffens an. Von Einzelnen ist auch der abnorme Sitz des Primäraffectes als Ursache späterer schwerer Erscheinungen angeschuldigt worden.

Dem gegenüber fehlt es aber nicht an entgegenstehenden Angaben. So hat Boeck[5]) unter seinen 10 Fällen niemals Phagedänismus des Schankers gesehen. Von den oben beschriebenen 12 Fällen habe ich bei 6 den Primäraffect noch beobachten können. Fünf Mal war er am Penis, respective am kleinen Labium, ein Mal an der Unterlippe. In keinem Falle bot derselbe irgend welche Absonderheiten gegenüber den gewöhnlichen Erscheinungen des Primäraffectes dar, ich kann daher nach meinen Erfahrungen die

---

[1]) Beob. über Zufälle und specif. Untersch. der vener. Krankh. Leipzig 1819. p. 10.

[2]) Cit. bei Boeck, l. c. p. 167. Leider ist mir das Werk selbst nicht zugänglich gewesen.

[3]) l. c. pag. 55.

[4]) Ziemssen's Handbuch. III. pag. 33.

[5]) l. c. pag. 167.



Ansicht Boeck's nur bestätigen. Es ist ja einerseits auch theoretisch sehr unwahrscheinlich, dass der Sitz des Primäraffectes, also der Ort, von welchem aus das syphilitische Gift seine Invasion in den Körper macht, von irgend welchem Einfluss auf die weiteren Erscheinungen sein könnte. Und ferner ist es eine bekannte Thatsache, dass die gangränösen Schanker bei weitem in der Mehrzahl Ulcera mollia sind, bei welchen die Gangrän theilweise nur durch ungünstige locale Circulationsverhältnisse, starke Schwellung, Phimose und dergleichen, theilweise allerdings durch uns noch unbekannte ätiologische Momente hervorgerufen wird. Die Ansicht von Ory[1]), dass einmal der Phagedänismus des Primäraffects durch eine schon bestehende Cachexie bedingt wird, welche ihrerseits Ursache für die Malignität der weiteren Syphiliserscheinungen wird — dieselbe Ansicht hat auch Krowczyński ausgesprochen — und dass andererseits der Sitz des Primäraffects im Bereich des Mundes durch Behinderung der Ernährung zu dieser Cachexie führen kann und somit eine mittelbare Ursache für die Malignität der Syphilis wird, lässt sich nicht ohne weiteres von der Hand weisen, und ich werde bei der Besprechung der Aetiologie noch einmal darauf zurückkommen.

Die Erscheinungen auf der Haut.

Dieselben lassen sich am besten in folgende drei Gruppen eintheilen:

1. die papulösen und tuberculösen Formen;
2. die ulcerösen Formen;
3. die gummösen Formen.

Indess ist diese Eintheilung nur von untergeordneter Bedeutung. Die Uebergänge aus einer in die andere Form sind ausserordentlich häufig, und principiell bestehen ja auch keine irgendwie bedeutenden Verschiedenheiten, alle stellen specifische Infiltrate mit theilweiser Zerstörung der Haut und mit mehr oder weniger Neigung zum Zerfall dar.

Die erste Form ist als die mildeste anzusehen, da dieselbe wenigstens ab und zu ohne zu ulceriren, allerdings mit Narben-

[1]) L'étiologie des syphilides malignes précoces. Thèse de Paris 1875. pag. 40.

bildung heilen kann. Dieselbe kam zweimal, im Fall 6 und 8, zur Beobachtung, im letzteren gleichzeitig mit ulcerösen Symptomen, im ersteren als Vorläufer derselben.

Die ulcerösen Formen entwickeln sich gewöhnlich aus einem pustulösen Exanthem, welches entweder als erste allgemeine Eruption, oder bald nach einem maculösen oder papulösen Syphilid auftritt.

Die Pusteln trocknen ein, aber die Substanzverluste heilen nicht, sondern nach ganz kurzer Zeit finden sich unter den Schorfen Geschwüre, welche nun immer grössere Dimensionen annehmen. Die Geschwürsformen sind dieselben, wie wir sie bei der späteren Syphilis finden, sie sind vor Allem charakterisirt durch ihre scharfen, oft steilen Ränder und durch ihre manchmal recht bedeutende Tiefe. In einzelnen Fällen wird ihr Boden eingenommen von wuchernden Granulationen, welche so stark entwickelt sein können, dass sie sogar das Niveau der gesunden Haut überragen, und als Syphilis vegetans bezeichnete Uebergangsformen bilden können zu den wirklichen Framboësie-Bildungen.

Nur eine Eigenthümlichkeit haben diese Geschwürsformen gegenüber den eigentlichen Spätformen, die allerdings in der Art ihres Auftretens wohl begründet ist. Einmal nämlich sind die späten ulcerösen Processe fast stets auf einzelne Körperstellen beschränkt und treten sehr selten als allgemeines Exanthem auf, und dann haben sie gewöhnlich vermöge ihres sehr chronischen Verlaufes eine grosse Neigung zu serpiginösen Formen, indem im Centrum oder auf der einen Seite der Process erlischt, während er am Rande oder auf der anderen Seite weiter fortkriecht. Hierdurch bedingt sind einmal jene so häufig beobachteten Nieren-Formen der Geschwüre und dann jene grossen, manchmal über ganze Körperstrecken sich ausdehnenden Narben, an deren Rande nur noch frische, weiterkriechende ulceröse Stellen sich finden. Bei der malignen Syphilis dagegen wird in einer ganz acuten Weise der ganze Körper mit runden Geschwüren[1]) überschüttet, die erst nach längerem Bestande hier

([1] Auch Reder, Path. und Ther. der vener. Krankh. 1863, pag. 256 hat diese Eigenthümlichkeit bereits hervorgehoben.

und da nierenformige Gestalten annehmen. Sehr viel seltener kommen bei der malignen Syphilis wirkliche Gummata der Haut, respective des Unterhautbindegewebes zur Beachtung. Bei den oben angeführten Fällen kam nur ein Mal ein solches am Unterschenkel vor (Fall 2). Mauriac[1]) führt mit Recht als Erklärung hierfür an, dass die Produkte der malignen Syphilis eine zu grosse Neigung zum Zerfall haben. „Kaum entstanden gehen sie so zu sagen ohne ein formatives Zwischenstadium gleich in das regressive Stadium über". — Bei dieser Gelegenheit möchte ich die Bemerkung anknüpfen, dass die von diesem Forscher unter der Bezeichnung Erythema nodosum syphiliticum geschilderten und von ihm zur malignen Syphilis gestellten Fälle doch eigentlich nicht hierher gehören. Ich habe oben als Kriterium für die maligne Syphilis hingestellt, dass Erscheinungen, die sonst nur in späten Zeiten der Erkrankung auftreten, hier ganz frühzeitig zur Beobachtung kommen. Vergeblich sehen wir uns aber unter den Erscheinungen der tertiären Syphilis nach einer Form um, welche dem Erythema nodosum entspräche. Dieses verläuft, worauf auch schon Mauriac hingewiesen hat, absolut anders, als die tertiären Symptome. Die durch dasselbe gesetzten Veränderungen treten viel plötzlicher auf, nehmen einen viel schnelleren Verlauf, als dies bei der tertiären Syphilis je vorkommt, und sie endigen stets in Resolution.

Ich habe Gelegenheit gehabt, drei analoge Fälle zu beobachten und bin vielmehr der Ansicht, dass dieses Erythema nodosum syphiliticum eine eigenthümliche und sehr seltene secundäre Erscheinungsform der Syphilis darstellt, zumal es auch stets gleichzeitig mit anderen secundären Symptomen auftritt, und die betreffenden Fälle in ihren weiteren Schicksalen sich in nichts von dem normalen Verlauf der Syphilis unterscheiden. Auch Oedmansson[2]) berichtet über drei Fälle von Erythema multiforme, welche gleichzeitig mit secundären syphilitischen Erscheinungen auftraten.

---

[1]) Mémoire sur les aff. syph. précoces du tissu cellulaire souscutané. Annal. de Derm. 1881, pag. 47.

[2]) Nord. med. Ark. 1874. B. VI. Nr. 1. — Neuerdings hat Finger (Prager med. Woch. 1882, Nr. 27) ganz analoge Fälle veröffentlicht.

Die Schleimhauterkrankungen.

Es ist eine gewöhnliche Erscheinung bei den Spätformen der Syphilis, dass da, wo die Haut in hervorragender Weise afficirt ist, die Schleimhäute entweder ganz frei bleiben oder nur geringere Erkrankungen darbieten, während umgekehrt in den Fällen, wo intensive Erkrankung der Schleimhäute vorliegt, wenigstens gleichzeitig keine sehr ausgedehnte Erkrankung der Haut zu bestehen pflegt. Ganz analoge Verhältnisse sehen wir bei der Syphilis maligna[1]). Nur drei von den oben angeführten Fällen litten gleichzeitig an Haut- und Schleimhauterkrankungen, welche letztere übrigens niemals eine besondere Intensität annahmen, nämlich Fall 2, 3 und 6. Die übrigen waren frei von Schleimhauterkrankungen, abgesehen von den anfänglich auftretenden nässenden Papeln. Dagegen traten im Fall 10, bei welchem sehr früh eine hochgradige Zerstörung des Gaumens erfolgte, die Erscheinungen von Seiten der Haut sehr in den Hintergrund, so dass während des ganzen Verlaufes nur eine einzige ulceröse Stelle an der Haut beobachtet wurde. Von anderen Beobachtern liegen ebenfalls Berichte über frühzeitige tertiäre Schleimhauterkrankungen vor. Mandelbaum[2]) beobachtete $^1/_2$ Jahr nach der Infection Perforation des knorpeligen Septum narium, Boeck (l. c.) führt ebenfalls Nekrosen des Nasenknorpels an, und Ljunggrén[3]) hat noch vor Ablauf des ersten Jahres nach der Infection Geschwüre im Mastdarm auftreten sehen, bekanntlich eines der allerspätesten Symptome der Syphilis.

Erkrankungen innerer Organe.

Hier treten vor allen Dingen die Erkrankungen der Knochen, respective des Periosts in den Vordergrund. Wenn auch Periostitiden eine nicht seltene Begleiterscheinung der secundären Symptome überhaupt sind, so ist doch die ossificirende Periostitis, die stets beträchtliche Knochenneubildungen hervorruft, ein

[1]) Dieselbe Erfahrung machte auch Holm (Nord. med. Ark. XIII. 4. Nr. 25, p. 1. 1881, ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 194 p. 136), dessen Arbeit mir erst nach Abschluss der meinigen bekannt wurde.

[2]) Dieses Arch. 1872, p. 547.

[3]) Dieses Arch. 1870, p. 557.

exquisit tertiäres Symptom, und gerade die letztere finden wir als häufige Begleiterin der malignen Syphilis[1]), ebenso wie sie nach den Berichten (cf. die oben angeführten Citate) eines der häufigsten Symptome in der Syphilisepidemie des 15. und 16. Jahrhunderts gewesen ist. Unter den oben angeführten Fällen wurde dieselbe dreimal beobachtet (Fall 1, 5 und 12), und ist besonders Fall 5 hervorzuheben, bei welchem diese ossificirende Periostitis an drei verschiedenen Stellen jedesmal in ganz acuter Weise mit heftiger Fieberbewegung auftrat.

Von Erkrankungen anderer innerer Organe kamen zwei zur Beobachtung, nämlich ein Muskelgumma (Fall 4) und eine wenigstens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf Syphilis zurückzuführende Nierenerkrankung (Fall 9). In der Literatur liegen eine ganze Reihe von analogen Angaben vor, so führt Wagner[2]) mehrere Fälle von Nierenerkrankung in einem frühen Stadium der syphilitischen Infection an. Frühzeitige Muskelerkrankungen beschreiben Zeissl[3]) und Mauriac[4]). Ferner liegen zahlreiche Beobachtungen über frühzeitige Hirngummata vor. Das früheste Auftreten eines Hirngumma ist beschrieben von Fournier[5]) in einem Falle, welcher tödtlich verlief 3 Monate und wenige Tage nach der Infection, und von Ljunggrén[6]), in dessen Fall im 4. Monate nach der Infection eine halbseitige Lähmung auftrat, die durch eine antisyphilitische Kur vollständig geheilt wurde. Andere Fälle, wo die Gehirnerscheinungen später, aber noch im ersten Jahre nach der Infection auftraten, finden sich bei denselben Verfassern und bei Engelstedt[7]). Eine frühzeitige Erkrankung des Rückenmarks hat Déjérine[8]) beobachtet.

Im Allgemeinen scheint es, als ob bei der malignen Syphilis gerade wie bei der gewöhnlichen tertiären Syphilis die Erkrankungen innerer Organe nicht so häufig vorkommen, wie die der

---

[1]) Bäumler, l. c. p. 23.
[2]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, p. 94.
[3]) Lehrb. der Syphilis, 1875, II. p. 177.
[4]) Annal. de Dermat. 1880, p. 661.
[5]) La syphilis du cerveau 1879, p. 558.
[6]) l. c. p. 155.
[7]) Die constit. Syphilis. Würzb. 1861, p. 51, 136.
[8]) Arch. de Physiolog. 1876, p. 430.

Haut. Aber wir müssen in dieser Hinsicht sehr vorsichtig mit unserem Urtheil sein. Ein ganz beträchtlicher Theil der syphilitischen Erkrankungen innerer Organe wird sicher übersehen, oder es wird der Zusammenhang mit Syphilis nicht erkannt, während dagegen die schweren Formen syphilitischer Hauterkrankungen unserer Beobachtung nicht entgehen können. So mag wenigstens zum Theil das scheinbare Ueberwiegen der letzteren über die ersteren seine Erklärung finden.

Die Fiebererscheinungen.

Während nach Güntz[1]) bei der normal verlaufenden Syphilis etwa 20% der Fälle bei der ersten Eruption Fieberbewegungen zeigen, eine Zahl, welche Bäumler allerdings für etwas zu niedrig gegriffen hält, scheint das Fieber eine sehr häufige Begleiterscheinung der malignen Syphilis zu sein. In den oben angeführten Fällen hat sich überall, wo Temperaturmessungen gemacht sind, Fieber ergeben, es fehlen die Angaben darüber freilich in fünf Fällen (2, 4, 6, 8, 11). Von diesen sind zwei (4 und 6), der eine ganz, der andere hauptsächlich poliklinisch behandelt, woraus sich das Fehlen der Angaben erklärt, und bei Fall 11 sind, wie ich mich bestimmt erinnere, die Messungen unterlassen, so dass diesen negativen Befunden nicht dieselbe Dignität zukommt, wie den entgegenstehenden positiven. — Bezüglich der Natur des Fiebers führe ich die Schilderung Wunderlich's an[2]), die zunächst auf das syphilitische Fieber im Allgemeinen sich beziehend, doch auch vollständig mit den für diese specielle Art der Syphilis sich ergebenden Befunden übereinstimmt: „Der Gang der Temperatur ist ein ausgezeichnet remittirender (pseudo-intermittirender) mit täglichem Rückgange der Eigenwärme bis zur Norm oder doch bis nahe zu derselben. Der Wechsel dieser tiefen Morgenremissionen mit den höheren Abendexacerbationen ist ziemlich regelmässig; die abendliche Steigerung ist aber trotz der rapiden Erhebung nur ausnahmsweise von

[1]) Das syphilitische Fieber. Leipzig 1873.

[2]) Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. 2. Aufl. p. 387.

Frost begleitet. Ebenfalls gehört es zu den Ausnahmen, dass sich ein voller apyretischer Tag zwischen die Fiebertage einschiebt und das Fieber sonach den tertiären Typus einhält". Ich verweise hier nur auf die oben mitgetheilten Curven, von denen einige ja in ausgezeichneter Weise diesen remittirenden Charakter des Fiebers zur Anschauung bringen, besonders die 4. Curve bei Fall 5. Ich will nur wenige Worte hinzufügen über die manchmal so deutlich ausgesprochenen Intermissionen, dass man in der That an eine Complication von Syphilis mit Intermittens denken könnte oder wie ich glaube, in zwei Fällen irrthümlicher Weise auch gedacht hat. Diese Verwechslung wird um so naheliegender durch die in manchen Fällen von Syphilis ja ebenfalls recht beträchtliche Milzschwellung[1]) (Fall 7), und es dürfte manchmal allerdings kaum möglich sein, sich in dem einen oder anderen Sinne zu entscheiden. — In drei Fällen hatte das Fieber vollständig den Typus einer Intermittens, im Falle 1, wo am 1. November 1878 angegeben ist: Pat. machte inzwischen eine Intermittens quotidiana durch, im Fall 5 (s. 2. Curve), wo die Fieberbewegung vollständig einer Intermittens quartana glich, und im Fall 7, wo das Fieber zweimal in Form einer Intermittens quotidiana auftrat. Fröste sind nur einige Male beobachtet, wie dies auch Wunderlich angibt, und hatten dieselben jedenfalls nicht die Heftigkeit der Intermittensfröste. — Die Wirkungslosigkeit des Chinin bei diesen Fieberbewegungen scheint mir nach meinen Erfahrungen nicht so absolut zu sein, wie andere Beobachter angeben, doch sind meine Beobachtungen nicht ausreichend, um zu einem definitiven Schluss zu gelangen.

Auch hier kann ich es mir nicht versagen, wieder Plenk zu citiren, bei dem wir p. 186 des oben angeführten Werkes finden: „Venerisches Wechselfieber, Venerea intermittens. Es ist ein tägliches, drei- oder viertägiges, vom Lustseuchengift entstandenes Fieber. Gattungen sind:

---

[1]) Wewer, über das Vorkommen des Milztumors bei frischer syph. Infection. — Ref. diese Vierteljsch. 1877, p. 416. — Weil, über das Vorkommen des Milztumors bei frischer Syphilis. Centralbl. für d. med. Wiss. 1874, Nr. 12.

1. Unmittelbares (idiopathisches) v. W., welches vom Lustseuchengift selbst entspringt. Diese Gattung weicht auf den Gebrauch der Fieberrinde nicht und wird nur durchs Quecksilber gehoben.

2. Zufälliges (accessoria) v. W., welches von seiner eigenthümlichen Ursache entsteht und Venerische überraschet. Diese Gattung wird durch die mit dem Quecksilber vereinigte Fieberrinde geheilet".

Der Verlauf der Syphilis maligna.

Wie wir oben gesehen haben weicht der Verlauf der malignen Syphilis in den ersten Stadien, im Auftreten und der Beschaffenheit des Primäraffectes nicht von dem normalen Verlauf der Syphilis ab. Auch das erste Exanthem kann noch ein vollständig der gewöhnlichen Entwickelung entsprechendes und zur gewöhnlichen Zeit auftretendes, maculöses oder papulöses Syphilid sein. Dann aber pflegt in der Mehrzahl der Fälle ein pustulöses Syphilid, an sich schon ein schweres Symptom, den Uebergang zu den eigentlichen Tertiärformen zu bilden, und zwar gewöhnlich in der Weise, dass das pustulöse Exanthem nicht verheilt, sondern die Pusteln sich in kurzer Zeit direct in Geschwüre umwandeln. Ein seltener Verlauf ist der, dass als erstes tertiäres Symptom ein papulöses oder tuberculöses, mit Narbenbildung heilendes Exanthem auftritt und erst später die ulcerösen Processe nachfolgen. Diejenigen Fälle, in denen die ganze Macht der Krankheit sich so zu sagen auf andere Organe als die Haut geworfen hat, unterscheiden sich in den auf der Haut auftretenden Symptomen überhaupt nicht von dem normalen Syphilisverlauf, und nur das frühe Auftreten der syphilitischen Erkrankung des betreffenden Organes manifestirt die Erkrankung als eine maligne Syphilis.

Am wichtigsten ist nach dem in der Einleitung Gesagten natürlich die Bestimmung der Zeit, welche zwischen der Infection und dem Auftreten der tertiären Symptome verflossen ist. Dass diese Zeit eine, innerhalb gewisser Grenzen allerdings, schwankende sein muss, erhellt aus der Natur der Sache. Unter den obigen 12 Fällen liess sich bei 9 diese Zeit mit grösserer oder geringerer Sicherheit bestimmen. Am frühesten traten die tertiären Symptome 3 Monate, am spätesten 6 Monate nach



der Infection auf, im Durchschnitt, nach diesen 9 Fällen berechnet, 4 Monate nach der Infection. Wie auch bei dem normalen Verlauf der Syphilis die schweren Erkrankungen innerer Organe später aufzutreten pflegen, als die schweren Erkrankungen der Haut, so finden wir auch bei der malignen Syphilis ganz dasselbe Verhalten. Es ist ja natürlich eine precäre Sache und wird immer mehr oder weniger willkürlich sein, in dieser Hinsicht bestimmte Grenzen festzusetzen; im Allgemeinen glaube ich aber nach meinen eigenen Erfahrungen und nach den Beobachtungen Anderer nicht fehl zu gehen, wenn ich bei der Syphilis maligna die nach der Infection verflossene Zeit für das Auftreten schwerer Hauterscheinungen auf höchstens ein halbes Jahr, für die Erkrankungen innerer Organe auf höchstens ein Jahr festsetze.

Eine zweite Eigenthümlichkeit, welche den Verlauf der malignen Syphilis charakterisirt, ist die grosse Häufigkeit der Recidive. Dieselben folgen sich in fast ununterbrochener Folge Schlag auf Schlag durch 1—2 Jahre, und ich verweise in dieser Hinsicht nur auf einige der oben mitgetheilten Krankengeschichten (besonders Fall 1 und 5). — Ueber den weiteren Verlauf wage ich es nach den vorliegenden Beobachtungen — auch in der Literatur habe ich keine hinreichende Auskunft hierüber gefunden — nicht, ein Urtheil abzugeben. Die Zeit, während welcher ich Gelegenheit hatte, die betreffenden Kranken zu beobachten, im Maximum vier Jahre, ist selbstverständlich zu kurz, um zu einer endgiltigen Ansicht zu gelangen. Indess ich halte es nicht für unwahrscheinlich, dass auch in diesen Fällen, gerade wie beim gewöhnlichen Verlauf der Syphilis, die Krankheit schliesslich erlöschen kann, ja dass diese Erschöpfung der Krankheit möglicher Weise schon viel früher eintritt, als gewöhnlich, nachdem sie in einer gegenüber den normalen Fällen ausserordentlich kurzen Zeit ihre gesammte Entwickelung bis zu den höchsten Stufen durchlaufen hat. Es ist selbstverständlich, dass die während dieses Verlaufes eingetretenen irreparablen Veränderungen und Zerstörungen für immer bestehen bleiben. Nur eine längere Beobachtung der betreffenden Fälle wird hierüber eine endgiltige Entscheidung herbeiführen können.

Aetiologie der Syphilis maligna.

Wir kommen jetzt eigentlich zu der wichtigsten und gleichzeitig leider noch dunkelsten Frage, nämlich nach der Ursache dieses eigenthümlichen Auftretens der Syphilis. Die Mehrzahl der früheren Beobachter, Bäumler, Krowczyński, Zeissl, Engelsted haben die durch irgend welche Veranlassung geschwächte Constitution der Kranken, einen durch Excesse, Krankheiten oder dergleichen herbeigeführten cachectischen Zustand als Ursache für die Bösartigkeit der Syphilis angeschuldigt. Besonders Ory[1]) führt lymphatische Constitution, Scrofulose, Schwangerschaft, Stillen des Kindes, vorgeschrittenes Lebensalter und vor Allem Alkoholismus als ursächliche Momente an. Ich kann nach meinen Erfahrungen dem nicht beistimmen und sehe, dass auch andererseits Zweifel gegen diese Aetiologie erhoben worden sind[2]). Als Beweis für den hervorragenden Antheil des Alkoholismus führt Ory das vorwiegende Erkranken von Männern an. Unter seinen 30 Patienten waren 20 Männer und nur 10 Frauen. Indess ist die Zusammensetzung eines klinischen oder poliklinischen Materiales bezüglich des Geschlechtes von so mannigfachen äusseren Verhältnissen abhängig, dass Schlüsse nicht so ohne weiteres daraus gezogen werden können. Unter den von mir beobachteten Kranken waren 7 Männer und 5 Frauen, doch will ich auch auf dieses Verhältniss aus dem obigen Grunde keinen grossen Werth legen. Wenn ich aber in Erinnerung bringe, wie colossal verbreitet der Alkoholismus in den unteren Schichten der Breslauer Bevölkerung, wie überhaupt unserer östlichen Landestheile ist, und dagegen anführe, dass unter diesen 12 Kranken jedenfalls kein eigentlicher Potator war, und dass ich von vier derselben (Fall 3, 4, 8 und 10) bestimmt weiss, dass sie im Genuss alkoholischer Getränke äusserst mässig waren, so wird die Bedeutung dieses ätiologischen Momentes doch sehr zweifelhaft. Wenn wirklich ein Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Syphilis maligna bestünde, so müsste die letztere viel häufiger bei eigentlichen Trinkern zur Beobachtung kommen. Ebenso hätte das weibliche Material der Breslauer Klinik, welches zum grossen Theile aus Prostituirten besteht, die ja auch mehr oder weniger dem Alkoholmissbrauch fröhnen,

[1]) l. c. p. 97.
[2]) Boeck l. c.

in dieser Hinsicht Aufschlüsse geben müssen, wenn ein solcher Zusammenhang wirklich vorhanden wäre. Auch das zweite von Ory als ätiologisch bedeutsam angeführte Moment, das Alter, kann ich als solches nicht gelten lassen. Unter den 28 Patienten, bei denen Ory das Alter angibt, war einer allerdings 52 Jahre alt, wenn wir aber die anderen dem Alter nach gruppiren, so finden wir, dass 17 20—30 Jahre, 6 30—35 Jahre und nur 5 älter als 35 Jahre waren, während das durchschnittliche Alter 29 Jahre beträgt. Von meinen 12 Patienten waren nur 2 über 30 Jahre alt, und das Durchschnittsalter ergibt sich auf wenig über 25 Jahre. Auch sonst habe ich keine Angaben gefunden, die zu Gunsten dieser Aetiologie sprechen, Quinquaud und Ullmann[1]) führen nur an, die frühzeitige maligne Syphilis wäre nicht absolut selten beim Greise. Ich habe eine Reihe von Fällen frischer Syphilis bei älteren Leuten beobachtet, die allerdings gewisse Eigenthümlichkeiten darboten, es waren meist papulöse (secundäre) Ausschläge, auffallend häufig mit Iritiden complicirt, aber nie maligne Formen.

Und schliesslich kann ich überhaupt das Vorhandensein einer Cachexie nach meinen Beobachtungen nicht bestätigen. Nur eine Kranke (Fall 11) zeigte schon bei ihrer Aufnahme eine auffallende Anämie, von den anderen waren einige kräftig gebaute, robuste Leute, die anderen jedenfalls nicht in irgend wie anffallender Weise heruntergekommen oder cachectisch. Von den Frauen waren freilich zwei kurz vor dem Auftreten der schweren Symptome entbunden, das Puerperium war aber beide Male ganz ohne Störung verlaufen. In zwei von Finger (l. c.) veröffentlichten Fällen lag allerdings eine Combination von Syphilis maligna mit Lungenphthise vor. Nach allem diesem kann ich auch den Einfluss, den der Sitz des Primäraffects am Munde durch Behinderung der Ernährung auf die Entstehung der malignen Syphilis haben soll, nicht anerkennen.

Eine andere Möglichkeit der Erklärung wäre die, dass in diesen Fällen das syphilitische Gift als solches irgend welche besondere Beschaffenheit habe und durch diese die Schwere der Erkrankung hervorgerufen werde. Aber auch für diese Annahme

[1]) Etude clinique sur la syphilis des vieillards. Annal. de Dermat. 1881 p. 507.



sind die bisher bekannten Thatsachen nicht günstig. In dem von Krowczyński veröffentlichten Fall war der Mann, welcher der Patientin die schwer verlaufende Syphilis mitgetheilt hatte, kurz vorher an einer ganz leichten Syphilis behandelt. Dasselbe Verhältniss liegt vor in dem oben mitgetheilten Fall 4, und bei Fall 8 sehen wir die Frau von dem schwer erkrankten Mann inficirt werden und ihrerseits an einer nicht malignen Syphilis erkranken. Ich glaube daher, dass nach den bisher vorliegenden Thatsachen eine befriedigende Lösung dieser Frage noch nicht möglich ist.

Therapie.

Ich kann mich an diesem Ort auf eine Discussion über die Syphilistherapie im Allgemeinen, die ja leider immer noch zu lebhaften Controversen Veranlassung gibt, nicht einlassen und will mich darauf beschränken, meine an den obigen Fällen gesammelten Erfahrungen kurz mitzutheilen. Alle Fälle sind in mehr oder weniger ausgiebiger Weise mit Quecksilber behandelt und wie zugegeben werden muss, meist ohne den gewünschten Erfolg. Im Gegentheil, bei einigen liess sich ein ganz entschiedener Nachtheil der Quecksilberbehandlung constatiren. Dies stimmt auch mit den Erfahrungen anderer Beobachter überein und so glaube ich als erste Regel für die Behandlung der malignen Syphilis die aufstellen zu können, dass man mit der Anwendung des Quecksilbers jedenfalls aufs höchste vorsichtig sein muss. Nur in den Fällen, wo noch keine Quecksilberkur vorher gemacht ist, wird es sich empfehlen, dieselbe vorsichtig zu instituiren, unter genauer Beobachtung des Patienten, so dass dieselbe bei der geringsten Verschlimmerung wieder unterbrochen werden kann.

Als ein in der Mehrzahl der Fälle wenigstens viel wirksameres Mittel hat sich das Jodkalium gezeigt, allerdings mit demselben Mangel, wie bei der Behandlung der gewöhnlichen tertiären Syphilisfälle. Zwar schwinden die vorhandenen Symptome unter dem Gebrauch des Mittels schnell, aber die Wirkung ist keine nachhaltige, bald nach Beendigung der Kur treten wieder neue Eruptionen auf. Natürlich ist es aber schon ein grosser Gewinn, den Kranken von seinen jeweiligen Symptomen befreien zu können, selbst auf die Gefahr hin, dass baldige Recidive eintreten, und ebenso wie



bei den gewöhnlichen tertiären Formen halte ich auch bei der malignen Syphilis das Jodkalium oder entsprechende andere Jodpräparate für das am schnellsten und am sichersten wirkende Mittel. — Auch der Gebrauch des Zittmann'schen Decoctes scheint unter Umständen günstige Wirkungen zu haben. In einem Fall (5) ist durch dieses Mittel nach vergeblichem Quecksilber- und Jodgebrauch Heilung erzielt, allerdings auch nur für kurze Zeit.

Wenn ich nun auch die Cachexie als wichtiges ätiologisches Moment nicht gelten lasse, so bin ich doch weit entfernt, die Wichtigkeit der von allen anderen Beobachtern ganz besonders in den Vordergrund gestellten Anwendung der Roborantien irgend wie herabsetzen zu wollen. Im Gegentheil, ich bin davon überzeugt, dass die möglichste Aufbesserung der Constitution, das „améliorer le terrain", wie es Ory nennt, ein zum mindesten eben so wichtiges Heilmittel für die Syphilis maligna ist, wie die antisyphilitische Therapie, und dass in allen Fällen dieselbe neben der letzteren, ja manchmal vielleicht bei durch die Krankheit sehr heruntergekommenen Individuen vor der letzteren gewissermassen als Vorbereitung angestrebt werden muss. Bei fast allen von mir beobachteten Kranken trat im Laufe der Krankheit eine auffallende Verschlechterung der Körperconstitution, eine mehr oder weniger ausgeprägte Cachexie ein, was ja bei dem häufig wiederkehrenden Fieber und bei den langdauernden und theilweise recht ausgedehnten Eiterungen nicht weiter wunderbar ist. Dass aber ein schwacher und siecher Körper zum Kampf gegen das in ihn eingedrungene syphilitische Gift und zu dessen schliesslicher Ueberwältigung weniger tauglich ist, als ein gesunder und kräftiger Körper, bedarf wohl nicht erst der Begründung. Und so halte auch ich bei der Behandlung der malignen Syphilis die Anordnung einer roborirenden Diät und den Gebrauch der entsprechenden Medicamente, also vor Allem von Eisen und Chinin, für nicht weniger wichtig, als die Anwendung der entsprechenden antisyphilitischen Mittel.

Die locale Behandlung ist dieselbe, wie bei den entsprechenden Erscheinungen der normalen Syphilis. Bei den am meisten diese Localtherapie erfordernden Erscheinungen, den Hautulcerationen, ist in den obigen Fällen meist mit



Vortheil im Anfang, so lange die Eiterung noch stark war, Jodoform, später Empl. hydrarg. angewendet worden.

Die vorliegenden Betrachtungen haben ergeben, dass in mancher Hinsicht unsere Kenntnisse über das Wesen der Syphilis maligna noch grosse Lücken aufweisen, dass besonders die Aetiologie durch die bisherigen Erfahrungen noch in wenig genügender Weise geklärt wird. Aber diese Unkenntniss findet durch zwei Erwägungen eine gewisse Erklärung, ich möchte sagen Entschuldigung.

Der erste Grund für unsere noch nicht hinreichende Kenntniss dieser Krankheitsform ist die grosse Seltenheit der betreffenden Fälle. Es liegen vor der Hand noch relativ wenige und vor allen Dingen wenig ausreichende Angaben bezüglich der Beobachtungsdauer vor, und auch die meinigen leiden aus begreiflicher Ursache an diesem Mangel.

Aber noch viel wichtiger scheint mir der zweite Grund zu sein. Unsere Kenntnisse über das Wesen des syphilitischen Krankheitsprocesses sind überhaupt noch recht unsicher, und sie werden unzureichend bleiben, so lange uns die Natur des syphilitischen Contagiums unbekannt bleibt. Bei keiner anderen Krankheit ist die Wahrscheinlichkeit, dass wir es mit einem Contagium vivum, mit einem organisirten Gifte zu thun haben, so gross, wie gerade bei der Syphilis. Wir sehen das Gift sich an seinem ersten Depositionsort entwickeln, allmählich durch die Lymphbahnen vordringen und dann durch das Blut seine Invasion in den ganzen Körper machen. Es liegt, so zu sagen, auf der Hand, dass hier Mikroorganismen vorhanden sein müssen, und erst wenn wir diese gefunden haben, wird es möglich sein, ein volles Verständniss für die verschiedenen Produkte der Krankheit, für ihre Ansteckungsfähigkeit oder deren Fehlen, für ihre chronologische Stellung in der Reihe der verschiedenen Stadien der Krankheit zu gewinnen, und es werden diese Aufklärungen auch auf die entsprechenden Verhältnisse der Syphilis maligna ein neues Licht werfen.



Lupus vulgaris laryngis.

Klinische Studie

von

Dr. Ottokar Chiari und **Dr. G. Riehl**
Docent für Laryngologie in Wien. Assistent an d. Klinik f. Dermat. in Wien

(Hiezu die Tafeln VIII und IX und 5 Holzschnitte.)

Die Literatur des in der Aufschrift bezeichneten Gegenstandes ist bis jetzt noch eine geringe, da im Ganzen nur etwa 30 Fälle dieser Erkrankung veröffentlicht wurden.

Wir wollen nun im Folgenden eine kurze Uebersicht über diese Publicationen geben, und werden uns nur erlauben, auf diejenigen näher einzugehen, welche schwer zu beschaffen oder noch unbekannt sind, oder bezüglich einiger Punkte einer näheren Erwähnung bedürfen. In Bezug auf die anderen verweisen wir auf die Uebersichts-Tabelle.

Wenn auch der Erste, der den Kehlkopfbefund bei dieser Erkrankung veröffentlichte, nämlich Türck [1]), der Begründer der Laryngoskopie, das betreffende Capitel mit den Worten einleitet: „Der Lupus des Kehlkopfes ist keine sehr seltene Krankheit", so widerspricht dem doch andererseits der Umstand, dass Türck bei seinem ungeheuren Materiale nur 4 Fälle von unzweifelhaftem Kehlkopflupus beobachtete. Er beschreibt sie folgendermassen: „In sämmtlichen Fällen waren Geschwüre am Kehldeckel vorhanden, und zwar mit Verlust eines Theiles vom freien Rande nach seiner ganzen Dicke überwiegend in Gestalt eines herzförmigen Ausschnittes in seiner Mitte wie bei Syphilis und Krebs, in einem Falle quer abgetragen wie bei Syphilis. Ausserdem waren in drei der ersteren Fälle Wucherungen zugegen und zwar grössere fleischwärzchenähnliche oder kleinere unregelmässig zackige oder

---

[1]) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes. 1866. pag. 425.



einfach rundliche Wülste an der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand". Und weiterhin: „Im Rachen und an den Gaumenbögen und der Uvula und am weichen Gaumen kamen ganz ähnliche Substanzverluste vor, wie bei Syphilis. In einem Falle waren ungemein zahlreiche grosse, den Fleischwärzchen ähnliche Wucherungen über den grössten Theil der Gaumenbögen, des harten und weichen Gaumens verbreitet, ähnlich wie im Larynx".

Drei dieser Fälle betrafen junge Mädchen, nur Einer einen 45jährigen Mann. In einem Falle konnte T. den Einfluss der innerlichen Leberthran-Verabreichung auf höckerige und wulstige Wucherungen, besonders an der hinteren Kehlkopfwand constatiren, da er Gelegenheit hatte, diese Kranke ein Jahr nach der ersten Untersuchung wieder zu sehen; es waren jetzt diese Wucherungen, welche früher bedeutende Athembeschwerden verursacht hatten, erheblich kleiner geworden.

Ueber die Diagnose spricht er sich nicht näher aus, scheint jedoch das Hauptgewicht auf das Vorhandensein des Lupus an anderen Körperstellen zu legen. Er erwähnt auch, dass man bei Lepra ähnliche Befunde wie bei Lupus erhalten hat.

Schrötter[1]) hebt gelegentlich der Besprechung der Differentialdiagnose der Geschwüre hervor, dass dieselbe nicht immer mit Bestimmtheit gestellt werden könne, und dass man besonders auf die kritische Untersuchung des ganzen Körpers und auf die Anamnese Rücksicht nehmen müsse, um zu entscheiden, ob es sich um Carcinom, Tuberculose, Syphilis, Lupus oder Lepra handle.

Stoerk[2]) hebt ebenfalls hervor, dass er durchaus nicht im Stande wäre, einen Anhaltspunkt für die Diagnose zu geben, wenn er einen Kranken zur Untersuchung bekäme, der an der äusseren Haut absolut kein Zeichen von Lupus trägt. Auch die Erscheinungen an den Schleimhäuten bieten grosse Schwierigkeiten, wenn man nicht die specifischen, knotigen Infiltrationen findet, und wenn man nicht aus den Symptomen und dem Verlaufe den Lupus diagnosticiren kann. Gegen Tuberculose ist die Differentialdiagnose leicht, weil man bei ausgebreiteten lupösen Geschwüren meist auch Narben findet, während sie bei Tuberculose fast nie vorhanden

[1]) Laryngologische Mittheilungen 1875. pag. 84.

[2]) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes. Stuttgart 1880.

sind. Die Differentialdiagnose zwischen Lupus und Syphilis ist aber mit dem Kehlkopfspiegel allein nicht auszuführen. Auch die Wirkungslosigkeit der Jodkali-Behandlung beweise nichts, weil bei herabgekommenen Individuen syphilitische Kehlkopf-Geschwüre oft nicht unter Jodkali-Behandlung allein ausheilen, sondern sich nur durch intensive Kauterisationen beheben lassen.

Er beschreibt nur einen Fall, den er beobachtete. Bei einem 21jährigen Mädchen mit ausgebreitetem Lupus des Gesichtes, aber intactem Gaumen fand sich Stenose des Kehlkopfes durch Verschrumpfung der Gebilde des Kehlkopfeinganges und zahlreiche zapfenförmige, grauröthliche Wülste und Granulationen, welche auch die Stelle der wahren und falschen Stimmbänder einnahmen.

v. Ziemssen[1]) vermuthet wohl aus der Häufigkeit der Heiserkeit bei den Lupösen Pommerns ein öfteres Auftreten des Kehlkopflupus als man bisher annahm, hat aber selbst nur einen Fall beobachtet. Derselbe war dadurch besonders interessant, dass die äussere Haut nebst Gaumen und Rachen intact waren, und nur an der linken Seite des Kehldeckels sich ein Substanzverlust befand, in dessen Umgebung zahlreiche Granulationsknötchen lagen, welche sich auf das Ligamentum aryepiglotticum und das Taschenband derselben Seite ausbreiteten. Da eine monatelang fortgesetzte Jodkali-Verabreichung mit gleichzeitiger energischer localer Behandlung keinen nennenswerthen Erfolg hatte, so wurde Leberthran angewendet und starke Aetzungen mit Lapis in Substanz. Darauf trat wenigstens ein Stillstand des Processes ein.

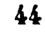
Mackenzie[2]) macht auch die Diagnose hauptsächlich aus der Untersuchung des ganzen Körpers, aus der Anamnese und ex juvantibus, namentlich um den Lupus von Syphilis zu unterscheiden. Er hat nur zwei Fälle gesehen, welche er auch abbildet.

Waldenburg[3]) beschreibt nur einen Fall, spricht aber davon, dass der Lupus die Schleimhaut des Larynx und Pharynx auch bei intacter äusserer Haut befallen kann, indem es

[1]) Handbuch. IV. Bd. 1. Hälfte.

[2]) Manual of Diseases of the throat. London 1880.

[3]) Die locale Behandlung etc. Berlin 1872.





zu diffusen Hypertrophien am weichen Gaumen, seltener an der hinteren Rachenwand kommt, und dabei der Kehlkopf leicht in Mitleidenschaft geräth.

Tobold[1]) berichtet kurz über zwei Beobachtungen.

Jurasz[2]) sah einen Fall von bedeutender Stenose des Kehlkopfes durch gleichmässige Schwellung der aryepiglottischen Falten und des mit ihnen verwachsenen sehnigen Kehldeckelrestes und durch Umwandlung der Stimmbänder zu gezackten Narbenbändern, welche soweit mit einander verwachsen waren, dass die Glottis auf eine kleine dreieckige Oeffnung reducirt wurde. Auf Leberthran trat nach einem Jahre eine bedeutende Besserung der Athembeschwerden ein.

Lefferts[3]) beschreibt einen lupösen Kehlkopf, dessen Kehldeckel wulstig granulös und ulcerös war, ebenso wie die übrige Schleimhaut; nur die Stimmbänder zeigten sich intact. Er findet die grösste Aehnlichkeit des Processes mit den durch Tuberculose veranlassten Veränderungen. In therapeutischer Beziehung räth er ausser der allgemeinen Medication Aetzungen mit Höllenstein an, oder ein mehr sedatives Verfahren.

Grossmann[4]) demonstrirte im Jahre 1877 in der Gesellschaft der Aerzte in Wien einen Fall von Kehlkopflupus. Gleichzeitig fand sich Lupus der Hand und Conjunctiva. Die Epiglottis zeigte einen herzförmigen Defect, die Stimm- und Taschenbänder waren uneben, höckerig, aber frei beweglich. Die Mund- und Rachenhöhlen-Schleimhaut zeigten ausser narbiger Verziehung der Uvula keine Abnormität. G. bemerkte dazu, dass die Diagnose selbst bei Mangel von Lupus an anderen Körperstellen nur zwischen Carcinom und Lupus hätte schwanken können. „Gegen Ersteres sprach die Beweglichkeit der Stimmbänder, die bei Carcinom an denselben sehr bald leidet".

Ganghofner[5]) berichtet über eine durch Lupus veranlasste Kehlkopfstenose, welche er auf der Klinik des Prof. Pick

---

[1]) Laryngoskopie und Kehlkopfkrankh. Berlin 1874. pag. 307.

[2]) Deutsche medicin. Wochenschrift 1879. Nr. 14.

[3]) American. Journ. F. M. S. April 1878 und Schmidt's Jahrbücher. Bd. 182. pag. 145.

[4]) Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte in Wien 1877. Nr. 27.

[5]) Prager medicin. Wochenschrift. 1880. Nr. 37—39.

in Prag behandelte. Der Patient war 12 Jahre alt und litt seit 2 Jahren an Husten, Heiserkeit und Halsschmerzen, seit einigen Monaten an Schwerathmigkeit. Der schlechtgenährte, blasse Knabe zeigte an der hinteren Rachenwand Narben zwischen flachkugeligen Wucherungen. Die Kehlkopfuntersuchung ergab Glottisstenose, indem die verdickten, höckerigen, vorne verwachsenen Stimmbänder sich höchstens auf 3 bis 4 Mm. von einander entfernen konnten. An der Epiglottis, den Aryknorpeln, zwischen denselben und an den aryepiglottischen Falten fanden sich knotenförmige Granulationen, Höcker und Granula. Die linke Hälfte des Kehldeckelrandes war grösstentheils zerstört und der Rest narbig mit der seitlichen Rachenwand verbunden. Trotz des Freiseins der Nase und der äusseren Haut hielt G. den Process für Lupus wegen der charakteristischen Knötchen und Granula, worin er noch durch das Ergebniss der histologischen Untersuchung eines excidirten Stückchens bestärkt wurde. Aetzungen mit Lapis und mit dem Galvanocauter, dann systematisches Einführen der Schrötter'schen Hartkautschuckröhren beseitigten in 2 Monaten die Stenose fast völlig, indem alle die Glottis verengernden Wucherungen theils durch Aetzung, theils durch den mechanischen Druck zum Schwinden gebracht wurden.

Rauchfuss[1]) in Petersburg gibt bezüglich der Diagnose des Kehlkopflupus den Rath, sich an die gröberen anatomischen Veränderungen und ihren Verlauf, an das klinische Bild zu halten; zur wesentlichen Sicherung derselben diene aber immer das Erkranktsein der Haut an Lupus, obwohl schon der sehr schleppende Verlauf und die Seltenheit der Perichondritis zur Abgrenzung gegen Syphilis hereditaria tarda und gegen gummöse Processe verwendbar ist.

Rauchfuss beschreibt nur 1 Fall eigener Beobachtung:

„Ein 10jähriges Mädchen leidet an Heiserkeit und Laryngostenose. Gaumen theils defect, theils narbig verzogen. Die Epiglottis in einen unförmigen voluminösen Stumpf verwandelt von drüsiger, grobkörniger Oberfläche, in dessen Mitte ein tiefgehender, an den Rändern narbiger Substanzverlust verläuft. Von der Epiglottis ziehen

[1]) Handbuch der Kinderkrankheiten von Gerhardt. III. Bd. 2. Hälfte. pag. 259.

44 *



sich längs der ary-epiglottischen Falten auf die Regio interarytaenoidea derbe Schwellungen mit grobkörniger, warziger Oberfläche hin. Einblick in den mittleren Kehlkopfraum durch die Wucherungen des Vestibulum verdeckt. Nach 9 Tagen energischer Anwendung des Decoctum Zittmanni ist die Stenose geschwunden, nach 6 Wochen die Stimme weniger heiser. Die Infiltration hat an Volumen abgenommen".

Unwillkürlich muss man aus der Wirksamkeit des Decoct. Zittmanni eher an die syphilitische Natur der Erkrankung denken. Zu bedauern ist nur, dass R. bei diesem Falle nicht angab, ob Lupus anderswo bestand. Als Therapie räth er allgemeine Kräftigung und locale Behandlung durch Stichelung an, welche er aber nur im Rachen erprobt hatte. Jodbepinselungen sollen im Kehlkopf weniger nützen als im Rachen.

Je einen Fall haben noch beschrieben Critchett [1]) und Gerhardt [2]). Ausser diesen laryngoskopisch beobachteten Fällen finden sich noch anatomische Beschreibungen des Kehlkopflupus, die wir kurz erwähnen wollen.

Bekanntlich spricht schon Rokitansky [3]) von knotigen Wucherungen im Kehlkopf durch Lupus veranlasst. Virchow [4]) erwähnt, dass selbst ausgedehnte, lupöse Verschwärungen des Kehlkopfes vorkommen können, welche nicht unmittelbar mit der Nasenaffection zusammenhängen. Näher beschreibt er nur ein Präparat mit Wulstungen des Kehldeckels und Geschwüren an den Stimmfortsätzen, welche von harten, papillären Wucherungen umgeben sind. Auch in die Trachea setzte sich eine knotige Härte vom Kehlkopfe aus fort. Eppinger [5]) schildert auch nur einen Fall, bei dem die Epiglottis verschrumpft und verdickt, die ary-epiglottischen Falten wulstig, narbig und die Aryknorpel selbst exfoliirt waren. Daneben fanden sich wulstige und warzenartige Wucherungen und ein Geschwür an der unteren Fläche des Kehldeckels. Bezüglich der Diagnose weist E. besonders auf den unre-

---

[1]) Merkel's laryngos. Bericht in Schmidt's Jahrbücher 138, p. 229.

[2]) Würzb. med. Ztschrft. 1, 3 und 4, 173. Schmidt's Jahrbücher 102, pag. 250.

[3]) Lehrbuch der pathol. Anatomie III. Bd., p. 25, 1861.

[4]) Die krankhaften Geschwülste 1864—1865. II. Bd. p. 491.

[5]) Klebs, Handbuch der patholog. Anatomie, 7. Lieferung, p. 162.

gelmässig gewulsteten, mit Excrescenzen besetzten krausen Rand der lupösen Geschwüre und die granulirende aber trockene Basis derselben im Vergleiche zu den syphilitischen Ulcerationen hin. Die Narbenbildung grenze den Lupus gut gegen Neubildungen ab. Den Mangel von Angaben über charakteristische Symptome des Lupus im Kehlkopfe leitet er von dem Fehlen der Beobachtung jüngerer Formen der Erkrankung ab, welcher Ansicht wir auch ganz beipflichten müssen.

Einen eigenthümlichen Fall von Lupus des Gesichtes und Kehlkopfes bei einem tuberculösen Individuum veröffentlichte Thoma[1]). Es handelte sich um Verdickung und Wulstung der Epiglottis und der ary-epiglottischen Falten, so dass die Stimmbänder verdeckt waren.

Mehrere Fälle von Kehlkopflupus beschreibt ferner Rosalie Idelson[2]), von welchen aber nur drei von ihr selbst beobachtet wurden. Sie sah dieselben nicht in vivo sondern nur als anatomische Präparate und gibt ihre Schilderung, ohne über das Auftreten der Erkrankung an anderen Körperstellen oder über Alter und Dauer des Leidens Angabe zu machen. Wir lassen die Fälle folgen.

„1. Die Follikel an der Zungenbasis sehr stark geschwellt. Nach den Tonsillen zieht sich von unten her eine Reihe von zahlreichen, kleinen, polypösen Wucherungen mit knopfförmig anschwellenden Enden. Auf den Tonsillen selbst finden sich breit oder gestielt aufsitzend, sehr dicht stehende Wucherungen zum Theile flach, zum Theile hoch kegelförmig bis $^1/_2$ Centimeter lang, etwas kleinere nach der Epiglottis hin, namentlich am Frenulum derselben. Die Epiglottis selbst etwas verkürzt, sehr stark gewulstet, bis $^3/_4$ Centimeter dick durch gleiche Wucherungen, welche ihre beiden Flächen bedecken und von hier auf die Lig. ary-epiglott. und den Aditus laryngis bis an die oberen Stimmbänder herab sich fortsetzen. Das Gleiche auf der vorderen Fläche der Aryknorpel.

Die grössten Wucherungen finden sich auf den Lig. ary-epiglott., deren hintere Partie von Tumoren bis $^3/_4$ Centimeter Durchmesser eingenommen wird, welche letztere einander in der Mitte sich berühren.

[1]) Virchow's Archiv, Bd. 65, p. 316.

[2]) „Ueber Lupus der Schleimhäute". 1879. Berner Dissertation.



Auf der Schnittfläche sind diese Tumoren grauroth, transparent, in einzelne kleine Knötchen abgetheilt. Aehnliche Veränderungen finden sich in geringerem Grade an den Stimmbändern. Die rechte Cartilago thyreoidea zeigt einen grossen Defect; die Schleimhaut darüber ist narbig eingezogen.

Die Schleimhaut der Luftröhre ist stark injicirt und uneben, warzig, die oberen Hals-Lymphdrüsen sind leicht geschwellt, blutleer, durchscheinend. Die Nasenschleimhaut und ebenso die des Rachens, weichen Gaumens und am hinteren Theile des harten Gaumens verdickt, gelblich, transparent, sammtartig.

2. Zungenschleimhaut unverändert, an der hinteren Rachenwand aber verdickt, mit einer Reihe buckeliger Geschwüre besetzt, deren Ränder zum Theile überhängend, platt abgeschnitten und geröthet sind. Der Kehlkopfeingang unverändert. Von den Stimmbändern abwärts längs der hinteren Fläche der Luftröhre erstreckt sich eine Reihe tiefgreifender Substanzverluste, die mit Eiter bedeckt sind, unebene Ränder und unebenen Grund haben. Durch die ganze Dicke der Luftröhrenwand greift ein einziger, an der vorderen Wand in der Höhe des Ringknorpels sich befindender Defect von $1^1/_2$ Ctm. Durchmesser. Die übrige Schleimhaut ist sehr stark geröthet und mit zahlreichen, flachen, linsenförmigen Geschwüren besetzt.

3. Am linken Arcus palato-pharyng. 1 Ctm. von der Zunge entfernt findet sich ein tiefer Substanzverlust mit abgeschnittenen Rändern und unebenem Grunde von länglichovaler Form, $1^1/_2$ Ctm. lang, 1 Ctm. breit. Längs dem Lig. glosso-epiglott. laterale findet sich ein oberflächlicher Defect, welcher auf den linken Rand der Epiglottis sich fortsetzt und auf deren hintere Fläche übergeht. Auf der linken Hälfte dieser Fläche finden sich viele seichte Vertiefungen und vernarbte Stellen. Auf der rechten Hälfte sind diese Vertiefungen nicht so zahlreich. Das linke Lig. glottidis spurium hat mehrere oberflächliche Defecte, das rechte hingegen einen 1 Ctm. langen, $^1/_4$ Ctm. tiefen Substanzverlust".

Von diesen 3 Fällen bietet Charakteristisches nur der erste mit seinen zahlreichen kleineren und grösseren polypösen Wucherungen; der zweite und dritte zeigen nur Geschwüre und hie und da Narben, so dass man hier gewiss nur aus dem etwa vorhandenen Lupus der Haut die Diagnose machen konnte; davon geschieht aber keine Erwähnung. Die Verfasserin leitet nun aus



ihren eigenen und mehreren fremden Beobachtungen folgende Darstellung des Entwicklungsganges des Lupus der Schleimhaut und des Kehlkopfes ab: „Den Beginn macht eine meist hochgradige Verdickung und derbe Infiltration der Schleimhaut, gleichmässig einen grösseren Bezirk umfassend. Im weiteren Verlaufe bilden sich auf der Schleimhaut theils grössere, theils kleinere rundliche Knoten oder Höcker, papilläre, polypöse, knopfförmige oder mehr konische Wucherungen oder Excrescenzen. Später endlich zerfallen einzelne Partien der Schleimhaut oder der Knoten, und es bilden sich Narben, durch welche bedeutende Difformitäten des Rachens und des Larynx bewirkt werden können".

Am intensivsten und häufigsten erkrankt die Epiglottis und die Zungenbasis. An diesen Bemerkungen ist vieles richtig, aber es fehlt eben an fortgesetzten Beobachtungen des Verlaufes am Lebenden, sonst würde Idelson gesehen haben, dass die diffuse Schwellung gewöhnlich erst der Bildung umschriebener Knötchen oder Höckerchen nachfolgt. Uebrigens kommen wir später bei unseren eigenen Beobachtungen darauf, sowie auf andere charakteristische Kennzeichen des Lupus im Kehlkopfe noch zurück.

Die einzige bis jetzt bestehende statistische Arbeit über Kehlkopflupus rührt von Nicolai Holm[1]) aus Kopenhagen her. Der Verfasser derselben war so gütig, uns einige Daten darüber brieflich zur Verfügung zu stellen: „Vom October 1863 bis zum Jänner 1877 wurden im Communehospital in Kopenhagen 124 Individuen an Lupus behandelt; seit 1866 wurden die Patienten laryngoskopirt, aber nur bei 6 fanden sich krankhafte Zustände im Larynx, wovon einzelne recht charakteristisch lupöse. Einen lasse ich ganz aus, weil der Vater vor Geburt des Knaben an Syphilis gelitten hatte, und ich glaube, dass es möglicherweise eine Combination von Lupus und Syphilis war, so dass es unsicher ist, wie man ein solches Halsleiden diagnosticiren soll!" Bedenkt man nun, dass erst seit dem Jahre 1866 die Kranken laryngoskopirt wurden, so dürfte im Ganzen eine Zahl von etwas über 90 dieser Untersuchungsmethode unterzogen worden sein. Und darunter fanden sich 6 mit Lupus des Kehlkopfes (einer zweifelhaft), also etwas über 5·5%. Wir wollen nun kurz aus den uns mitgetheilten Krankengeschichten das Wichtigste hervorheben.

[1]) Lupus affectionens Forhold tie Scrophulosen etc. Kjöbenhavn 1877.



I. 18jähriges Mädchen, seit 9 Jahren mit Lupus behaftet; bei der Spitalsaufnahme zeigte sie ulcerirenden, serpiginösen Lupus der Nase, der Backen, der Lippen und des Zahnfleisches, die Epiglottis war ungleichmässig infiltrirt, doch ohne Geschwür.

II. 41jährige Frau, seit 29 Jahren an Lupus der Nase und Wangen leidend; der vordere Theil der Nasenschleimhaut, dann die Schleimhaut der Oberlippe, des harten und weichen Gaumens und das Zahnfleisch lupös erkrankt. Der grösste Theil der Epiglottis fehlte, der Rest war in knotige, unregelmässige Narben umgewandelt.

III. 14jähriger Knabe, erkrankte vor $1^1/_2$ Jahren an Lupus der Nase und der Wangen; das Gaumensegel war roth und infiltrirt, die Uvula verdickt und exulcerirt. Die Epiglottis war bis auf die Hälfte reducirt, der Rest stark infiltrirt und am Rande ulcerirt. Die Schleimhaut des Larynxinneren geschwollen, sowohl die wahren als die falschen Stimmbänder geröthet, infiltrirt, ulcerirt.

IV. 18jähriges Mädchen, erkrankte vor 6 Jahren an Lupus der Nase. Sie zeigte Lupus der Nase und ihrer Schleimhaut, der beiden Wangen, der Oberlippe, ihrer Schleimhaut und des Zahnfleisches, des harten und weichen Gaumens sammt der Uvula. Bedeutende Verdickung der Epiglottis mit granulirter Oberfläche. Beide falschen Stimmbänder waren stark geschwollen, so dass die wahren durch sie verdeckt wurden.

V. 24jähriges Mädchen, leidet seit 9 Jahren an Lupus der Nase und Oberlippe; man sieht an ihr die Nase, die Oberlippe und die linke Wange ergriffen und die falschen Stimmbänder stark verdickt. Sie war seit 2 Jahren heiser und zur Zeit der Untersuchung die Stimme nur flüsternd.

VI. 28jährige Frau, leidet seit ihrer Kindheit an Borkenbildung in der Nase, erst seit 4 Monaten sollen ulcerirende Knötchen im Naseneingange entstanden sein.

Man sah bei ihr Lupus der Nase, der linken Wange, der Uvula und der Gaumenbögen und Knoten nebst Infiltration des Ligamentum glosso-epiglotticum laterale dextrum.

Die Behandlung erfolgte innerlich mit Leberthran, Chinin, Eisen und local (ob auch im Kehlkopfe, ist aus der Mittheilung nicht immer genau zu entnehmen), mit Lapis und anderen Aetzmitteln. Die Larynxaffectionen blieben jedoch meist unverändert oder besserten sich sehr wenig.

Bei einem dieser Fälle (nämlich bei dem fünften) handelte



es sich nur um Schwellung der falschen Stimmbänder, eine Veränderung, welche man beim chronischen Katarrh nicht so selten beobachten kann; deshalb muss man diesen Fall für zweifelhaft erklären, wie dies auch Türck in einem analogen that. Die übrigen Beobachtungen wiesen alle Defecte, Narben oder Verdickungen und Wulstungen der Epiglottis auf, manchmal mit granulöser höckeriger Oberfläche und einmal Ulcerationen an den Stimmbändern.

Fasst man die Ansichten der citirten Autoren über die Diagnose des Kehlkopflupus zusammen, so ergibt sich, dass alle darin übereinstimmen, dass man diese Affection nur sicher diagnosticiren könne: 1. aus der gleichzeitigen Erkrankung der äusseren Haut; 2. aus der Ausschliessung von Syphilis, Tuberculose und Carcinom und 3. aus der Unwirksamkeit der antiluëtischen Therapie. Stoerk betonte noch besonders als differentialdiagnostisches Moment gegen Tuberculose das Vorhandensein von Narben bei gleichzeitigen Geschwüren, während Lefferts geradezu hervorhebt, dass diese beiden Erkrankungen einander noch am ähnlichsten sind. Die meisten anderen Autoren dagegen heben die grosse Uebereinstimmung mit syphilitischen Infiltrationen und Ulcerationen hervor.

Von besonderen charakteristischen Kennzeichen ist gewöhnlich gar nicht die Rede; nur Türck und Ganghofner heben besonders die papillären und knötchenartigen Excrescenzen hervor, und Eppinger grenzt die lupösen Geschwüre den syphilitischen gegenüber durch die Beschaffenheit ihres Randes und Grundes ab. Bei den meisten der beschriebenen Fälle handelt es sich um bedeutende Infiltration, Wulstung und Schrumpfung des submucösen Gewebes, um Ulcerationen und um Narben, lauter Veränderungen, die wir als späte Stadien des Lupus der Haut zu beobachten gewohnt sind. Von den Primär-Efflorescenzen und überhaupt von den jüngeren Formen dieser Erkrankung im Kehlkopfe liegen gar keine Beobachtungen vor.

Was nun die Dermatologen anbelangt, so geben Hebra und Kaposi[1]) eine meist auf Türck's Beschreibung fussende

[1]) Lehrbuch der Hautkrankheiten Hebra und Kaposi 1876.



Schilderung des Kehlkopflupus, welche im Wesentlichen lautet: „Die Kehlkopfschleimhaut erkrankt in gleicher Weise wie andere Schleimhäute an Lupus entweder in isolirt stehenden, oder von den Arcaden her übergreifenden Herden.

Lupus verursacht bei jahrelanger Dauer Heiserkeit von wechselnder Intensität bis zur Aphonie.

Kleinpapulöse Efflorescenzen mit stellenweise mattgrauem Epithelbelag oder oberflächlichen Excoriationen finden sich namentlich an der Epiglottis. Im weiteren Verlaufe kommt es zu unregelmässigen Geschwüren am öftesten ebendaselbst, welche bleibende Substanzverluste setzen.

Auch im Kehlkopfinneren finden sich dieselben Veränderungen meist herdweise. Die Erkrankung ist meist von Katarrh und Verdickung und Wulstung der Schleimhaut begleitet und führt zu durch Narbenbildung bedingten Functionsstörungen.

Glottisödem, Perichondritis, Chondritis, Nekrose der Knorpel sind bisher nie beobachtet worden".

1880 schreibt Kaposi[1]): „Am Kehldeckel, auf den wahren Stimmbändern und der übrigen Kehlkopfauskleidung, besonders an der hinteren Kehlkopfwand sich etablirend, veranlasst Lupus anfangs Heiserkeit, später unter Schrumpfung, ulceröser Consumtion der Gewebe, chronischer Entzündung und Bildung von papillären Excrescenzen, complicirender Perichondritis mit Chondritis laryngea Stenose und alle unter solchen Umständen möglichen vorübergehenden oder bleibenden Functionsstörungen".

Neumann's[2]) Beschreibung des Kehlkopflupus weicht von den obigen im Wesentlichen nicht ab.

Auspitz[3]) erwähnt, ohne auf den Schleimhautlupus speciell einzugehen, als wesentliche Merkmale jedes Lupus:

1. Dass derselbe anatomisch sich als Granulom präsentirt;

2. sich klinisch durch die Persistenz, das fortdauernde Recidiviren, oder den langsamen Zerfall der Plaques auszeichnet, welche auch ohne Geschwürsbildung zu Narben atrophiren können.

So weit die Angaben der uns zugänglichen Publicationen.

---

[1]) Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.

[2]) Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien 1880.

[3]) System der Hautkrankheiten. Wien 1881.



In den Protokollen der hiesigen dermatologischen Klinik fanden wir nur wenig Fälle von Kehlkopflupus verzeichnet.

Von 1860 bis 1881 inclusive wurden auf der Klinik 1149 Lupōse (572 Männer und 577 Frauen) behandelt. Davon sind für die Statistik des Kehlkopflupus nur die Kranken vom Jahre 1867 an zu verwerthen, weil 1866 Türck's Lehrbuch erschien, in dem er seine 4 Lupusfälle beschrieb, welche der Hebra'schen Klinik entnommen waren.

Auf diese restirenden Lupōsen in der Zahl von 725 entfallen nur 6 Fälle von Kehlkopflupus, also nur 0·8%. Dieselben sind meist nur sehr kurz beschrieben und manche ziemlich zweifelhaft.

1. Die 15jährige F. M. war mit Lupus der linken Wange behaftet und wurde während des Spitalaufenthaltes vom 30. September 1869 bis 21. Mai 1870 anfangs vorübergehend, später bleibend von Heiserkeit befallen. Der laryngoskopische Befund ergab: seichte, schmutziggrau belegte, oberflächliche Ulcerationen am Epiglottisrande und einen erbsengrossen Polyp in der linken Morgagnischen Tasche.

2. Die 20jährige P. A., welche vom 14. April bis 18. Mai 1870 auf der Klinik sich aufhielt, zeigte ausser einer thalergrossen Lupusstelle auf der linken Wange und Oberlippe einen ziemlich ausgebreiteten übernarbten Substanzverlust an beiden hinteren Gaumenbögen mit Verwachsung der letzteren mit der hinteren Rachenwand, und im Kehlkopfe dessen hintere Wand strahlig durchziehende Narbenstränge.

3. und 4. Vom Jahre 1872 werden 2 Fälle von Kehlkopflupus notirt ohne nähere Angaben.

5. 1874 wurde 1 Mal Lupus des Larynx beobachtet bei gleichzeitiger Erkrankung der Nase, beider Wangen, der linken Seite des Halses und des einen Unterschenkels. Doch fehlt auch hier eine nähere Beschreibung.

6. Im Jahre 1881 starb ein Lupōser an Erysipelas, welcher niemals eine Spur von Heiserkeit oder anderen Halsbeschwerden gezeigt hatte. Bei der Section fand sich auch Lupus des Larynx. Wir lassen die ausführliche Beschreibung dieses Falles hier folgen:

Alois Lug, 14 Jahre alter Tischlergehilfe aus Mähren, ist seit Kindheit krank, war niemals heiser, — vor circa 1½ Jahren war er zum ersten Male an Lupus an der hiesigen Klinik in Behandlung.

St. pr. 26. Februar 1881. Der Kranke ist schwächlich gebaut, von scrophulösem Habitus mit stark geschwellten Lymphdrüsen am Halse.



Die Haut der Nase, der Wangen und um den Mund zeigt unregelmässige Narben mit eingesprengten Lupusknötchen; der häutige Theil der Nase sowie die Oberlippe sind bedeutend verdickt, geröthet, von höckerig unebener Oberfläche. Die Innenfläche der Oberlippe, sowie das Zahnfleisch am Oberkiefer zeigen sich theils ulcerirt, theils mit unregelmässigen Granulationen besetzt und leicht blutend; die Zähne im Oberkiefer gelockert, die Schleimhaut des harten Gaumens trägt eine ebenso beschaffene, thalergrosse, veränderte Partie, deren Rand braunroth infiltrirt, weich erscheint.

An der Streckseite des linken Armes finden sich ausgedehnte, flache Narben mit eingesprengten Lupusknötchen und einigen unregelmässigen ca. thalergrossen ulcerirenden Lupusplaques. Der Mittelfinger der linken Hand fehlt (wurde 1876 durch Amputation im Mittelhandknochen entfernt). An den Fingern und in der Vola manus finden sich ausgedehnte Narben, welche die Beweglichkeit der Finger bedeutend behindern.

Der Kranke wurde mit den gewöhnlichen Mitteln behandelt und bekam am 20. Juni Erysipelas faciei, ausgehend von rhagadischen Stellen an den Mundwinkeln, Pneumonie und starb am 30. Juni 1881.

Bei der Obduction am 30. Juni fand man: Erysipelas faciei, rothe Hepatisation im rechten Unterlappen und der hinteren Partie des Oberlappens. Die Epiglottis ist auf die Hälfte reducirt, der Rest verdickt, gewulstet, am freien Rande und der unteren Fläche mit zahlreichen, kleinen, papillären Excrescenzen besetzt. Ebensolche und hie und da grössere Höcker sitzen auf beiden verdickten falschen Stimmbändern und aryepiglottischen Falten und den geschrumpften Aryknorpelüberzügen auf. Zwischen diesen Excrescenzen finden sich einige narbig eingezogene Stellen. Die wahren Stimmbänder sind intact, ebenso wie die tieferen Partien der Luftwege (v. Taf. IX. Fig. 10).

Obwohl dieser Fall vom klinischen Standpunkte betrachtet eigentlich nicht hieherzuzählen ist, da die Diagnose der Kehlkopfaffection erst bei der Section gemacht wurde, ermangeln wir doch nicht ihn hier anzuführen, als Beispiel, dass auch ausgebreitete Veränderungen, durch Lupus im Kehlkopf gesetzt, ohne subjective Symptome verlaufen können. Dieser Umstand und der Mangel an Beobachtungen der Frühformen dieser Erkrankung im Kehlkopfe, so wie auch das Fehlen von länger fortgesetzten Untersuchungsreihen über diesen Gegenstand bestimmten uns, eine grössere Zahl



von Lupösen ohne Rücksicht auf etwaige Symptome von Seiten des Kehlkopfes (als Heiserkeit, Athembeschwerden) zu untersuchen.

Herr Prof. Kaposi war so gütig uns die Erlaubniss zur Benützung des reichen Materiales der hiesigen Klinik zu geben, und so waren wir in der Lage, nahezu 70 Lupöse durch längere Zeit untersuchen zu können. Diese Untersuchungen hatten zugleich ein statistisches Resultat, welches wir in Anbetracht, dass darüber bis jetzt nur eine Arbeit, nämlich die oben citirte von N. Holm existirt, näher besprechen wollen. Im Ganzen wurden untersucht 26 Männer und 42 Frauen, also 68 Personen. Darunter litten 55 (23 Männer und 32 Frauen) an Lupus des Gesichtes und 24 (9 Männer und 15 Frauen) gleichzeitig an Lupus der Schleimhaut des Mundes, des Rachens oder der Nase. Eine Kranke hatte blos Lupus conjunctivae. Vier litten zugleich an Lupus des Kehlkopfes; ausserdem boten noch zwei solche Veränderungen im Larynx dar, welche mit Wahrscheinlichkeit als lupöse aufgefasst werden mussten, weil diese Kranken eben sicheren Lupus im Gesichte und an den Schleimhäuten trugen. Zwei Frauen endlich litten an Lupus des Larynx und der angrenzenden Schleimhäute, ohne dass die äussere Haut erkrankt war. Die übrigen 11 (3 Männer und 8 Weiber) hatten nur Lupus an anderen Körpertheilen und war das Gesicht, die Schleimhäute und der Kehlkopf intact.

Hervorzuheben ist dabei zunächst, dass an sicherem Larynxlupus nur 6 weibliche Individuen erkrankt waren. Es wurde bei allen diesen Kranken auch der Nasenrachenraum genau untersucht; doch fand sich nur bei einem Manne eine sicher auf Lupus zu beziehende Veränderung in diesem Bereiche; natürlich immer abgesehen von der hinteren Fläche des Velums, welche ziemlich häufig gleichzeitig mit der vorderen erkrankte. Ausserdem sah man bei 4 bedeutendere Veränderungen im Nasen-Rachenraume, welche wohl mit Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit Sicherheit als lupöse gedeutet werden konnten.

Bei vielen Kranken (6 Männern und 23 Frauen) fanden sich im Rachen, in der Nase, im Nasen-Rachenraume, oder im Kehlkopfe auf Katarrh meist chronischer Natur zurückzuführende Veränderungen, als Hypertrophien der Schleimhaut, Röthungen derselben und starke Secretion. Wir wollen nun auf die einzelnen mit positivem oder doch wenigstens wahrscheinlichem Befunde von

Lupus des Larynx und der Choanen untersuchten Kranken näher eingehen, und zunächst die zweifelhaften Befunde besprechen.

I. Vincenz Walek, 28jähriger Steindrucker aus Böhmen. Angeblich vor 16 Jahren trat sein Uebel auf. Bei der Aufnahme zeigt er Lupus faciei et conjunctivae bulbi. An der hinteren Fläche des Velums und an der rechten seitlichen Rachenwand zeigen sich rothe höckerige Wucherungen, welche die rechte Choane nach aussen zu verdecken. Sonst war der Rachen, der Kehlkopf und die Nase frei. Da die adenoiden Vegetationen, an die man noch hätte denken können, von dem Schädeldache ausgehen und auch nicht dieses rothe, granulirte Aussehen zeigen, wie diese Wucherungen, so hielten wir sie mit Wahrscheinlichkeit für lupöse. Eine am 12. September vorgenommene Inspection zeigte eine geringere Vergrösserung derselben, sonst keine Veränderung.

II. Johanna Ernst, 22jährige Magd aus Niederösterreich, leidet seit ihrer Kindheit an Lupus der Nase, ihr Bruder an Lupus serpiginosus ad nates; sie selbst zeigte am 18. Jänner Lupusknötchen an der Uvula, dann Narben mit eingestreuten hirsekorngrossen Knötchen an der hinteren Rachenwand. Die rechte Choane ist zu einem verticalen, schmalen Spalte verengert, dessen Umrandung eine leicht granulirte, stark geröthete Oberfläche besitzt.

III. Horvath Theresia, 25jährige Bauerstochter aus Ungarn, leidet seit ihrer Kindheit an Lupus faciei und zeigte im Juni d. J. eine unregelmässig höckerige Verdickung des Septums der Choanen mit einem kleinen Ulcus an der unteren Partie desselben; sonst war die Nase intact. Wir führen diesen Befund als wahrscheinlich lupösen an, weil hier das Septum wirklich so enorm verdickt war, dass es von den Choanen nur jederseits einen kleinen Spalt sehen liess, und weil es ausserdem eine Ulceration trug; beides Veränderungen, welche kaum durch Katarrh hervorgerufen sein konnten. Vielleicht hätte man durch längere Beobachtung in diesen 3 Fällen die Natur dieser fraglichen Veränderungen sicherstellen können; aber die Kranken entzogen sich derselben. In 2 weiteren Fällen zeigten sich wahrscheinlich als lupös zu deutende Veränderungen im Larynx, zu deren bestimmter Diagnose auch wieder die Beobachtungszeit zu kurz war.

IV. Alois Dostal, 21jähriger Taglöhner aus Klenovic in Mähren litt seit Kindheit an Lupus und war schon mehrmals in Behandlung gestanden. Bei seiner Aufnahme am 14. April 1881 wurde notirt:

Der häutige Antheil der Nase und die angrenzenden Theile der Oberlippe zeigen sich diffus geröthet und geschwellt, theils mit Lupusknötchen, theils mit unregelmässigen Geschwüren besetzt, die sichtbaren Theile der Nasenschleimhaut tragen gleichfalls kleine Ulcerationen und papilläre Excrescenzen von Hanfkorngrösse; an beiden Wangen und in der linken Jochbeingegend finden sich Narben mit eingesprengten rothbraunen Knötchen, am linken oberen Lide eine mandelgrosse flache Narbe.

Die Conjunctiva beider Augen trägt bis linsengrosse zum Theil confluirende Plaques, welche aus zarten papillären Excrescenzen von hellrother Farbe bestehen und von der gesunden Conjunctiva scharf abgegrenzt erscheinen. Ein grösserer Plaque im Limbus des linken Auges zeigt eitrigen Zerfall an der Oberfläche. Die äussere Haut der Lider ist bis auf die erwähnte Narbe gesund.

Am 1. November 1881 wurde bei einer wegen Heiserkeit vorgenommenen Untersuchung eine leichte Verdickung des Kehldeckels constatirt. Am 18. Jänner 1882 sah man das rechte falsche Stimmband ganz vorne mit zwei Höckern versehen, von denen der untere linsengross, länglich röthlich, der obere um die Hälfte kleiner, rund und weisslich erschien. Die Verdickung des Kehldeckels war besonders an der linken Seite ausgesprochen. An der hinteren Pharynxwand sieht man einen 1 Ctm. breiten Plaque von granulösen Excrescenzen, welche um circa 2 Mm. das Schleimhaut-Niveau überragen und kann constatiren, dass dieselben nach oben bis zur Höhe der Tuba reichen. Am 13. April waren die beschriebenen Knötchen am rechten Taschenbande bedeutend kleiner und flacher geworden. Eine weitere Untersuchung wurde nicht mehr vorgenommen, weil Patient das Krankenhaus verliess. Die Deutung des laryngoskopischen Befundes ist hier auch nicht mit Sicherheit zu machen, obwohl gerade solche kleine Knötchen beim Beginn des Lupus im Kehlkopf sich entwickeln, wie wir das später in dem Falle Heinz sehen werden; dagegen war dies der einzige Fall, wo der Nasenrachenraum sicheren Lupus zeigte.

V. Therese Wiesinger, 39 Jahre alt, leidet seit Kindheit an Lupus im Gesichte und war vor 12 Jahren an der derm. Klinik in Behandlung gestanden, von ihren Verwandten hatte Niemand an Lupus gelitten. Bei der Aufnahme am 3. November 1881 wurde folgender Befund notirt: Von erweiterten Gefässen durchzogene, ausgebreitete Narben an beiden Wangen und an der Oberlippe, die Nase durch lupöse



Infiltration bedeutend vergrössert, namentlich verlängert, braunroth, teigig anzufühlen, von uneben höckeriger Oberfläche, die sichtbaren Theile der Schleimhaut mit papillären Excrescenzen und seichten Geschwüren besetzt, das knorpelige Septum morsch, der Perforation nahe; an beiden Augen zeigt die Conjunctiva narbige Veränderungen und eingestreute Lupusknötchen. Am linken Auge besteht partielles Symblepharon und leichtes Ectropium. Am rechten Ohrläppchen findet sich durch Lupusinfiltrate verursachte elephantiatische Verdichtung, an beiden Händen und Vorderarmen zerstreute und in kreuzergrosse Gruppen angehäufte Lupusknötchen. Die Schleimhaut der Mundhöhle intact. Die Kranke wurde mit Argent. nitricum, Jodoform und Scarificationen behandelt, und am 17. Februar 1882 gebessert entlassen.

Die am 18. Jänner vorgenommene laryngoskopische Untersuchung zeigte die Epiglottis derart geschrumpft, dass sie einen dicken halbkreisartigen Wulst vorstellte, aber nirgends exulcerirt oder an der Oberfläche narbig; beide Aryknorpel, besonders der rechte, waren etwas verdickt. Stimmbänder leicht geröthet, paretisch. Hinter der rechten Choane sieht man im Nasenrachenraum einen Narbenstrang. Die Stimme war kaum heiser.

Wir rechnen diesen Kehlkopfbefund mit Wahrscheinlichkeit zu den lupösen, weil die Verdickung und Verschrumpfung der Epiglottis zu stark war, als dass sie blos chronischer Katarrh hätte hervorbringen können.

Anders gestaltete sich die Sachlage bei den nun folgenden 6 Beobachtungen, wo wir immer mit Sicherheit die Diagnose stellen konnten.

VI. Franziska Sanitra, 24 Jahre alt, Taglöhnerin aus Mähren, gibt an, seit Kindheit an ihrem Uebel zu leiden. Ihre Verwandten sollen alle gesund sein, sie selbst war nie ernstlich krank. Ihre Eltern starben, als Pat. noch Kind war, an acuten Krankheiten.

Stat. praes. 3. Mai 1882. Pat. mittelgross, kräftig, gut genährt, von blassem Colorit, innere Organe normal. Der häutige Antheil der Nase, Nasenspitze und Flügel fehlen fast gänzlich, so dass die Ebene des Naseneinganges sich nun der verticalen nähert. Die Umrandungen der Nasenlöcher werden von narbigen Strängen und ulcerirenden Lupus-Infiltraten gebildet, welche den Eingang zu kaum 1 Ctm. langen schmalen Spalten verengern. Der sichtbare Theil des knorpeligen Septums (das häutige fehlt gänzlich) ist braunroth infiltrirt und ulcerirend. Die



beiden Wangen und die Oberlippe erscheinen diffus geröthet, von erweiterten Gefässen und Narben durchzogen, namentlich letztere bedeutend verdickt. An ihnen befinden sich zahlreiche disseminirte, bis linsengrosse Lupusknötchen. Das Lippenroth der Ober- und der rechten Hälfte der Unterlippe wird durch unregelmässige, dünnen Eiter secernirende oberflächliche Ulcerationen ersetzt. Beide Mundwinkel sind rhagadisch; ulcerirte, höckerige Lupus-Infiltrate setzen sich von denselben aus 2—3 Ctm. weit auf die Wangenschleimhaut fort. Gaumenbogen und Velum sind narbig, weisslich glänzend, nach oben gezogen, die Uvula stark geschrumpft, Drüsen am Unterkiefer haselnussgross geschwellt.

Der Kehlkopf ist vollständig intact bis auf den Kehldeckel, von dem mehr als die Hälfte fehlt; die Ränder des halbringförmigen Restes sind narbig, an einzelnen Stellen ausgezackt; die Schleimhaut daselbst zeigt keine weiteren Veränderungen. Die Patientin, welche kurze Zeit darauf in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstrirt wurde, bot denselben Befund auch noch im September d. J. (v. Taf. VIII. Fig. 1.)

Ganz analog stellte sich der nächste Fall dar:

VII. Marie Zeiner, 22jährige Magd aus Niederösterreich, gab an, seit 2 Jahren an der Nase krank zu sein; vor 1 Jahre war sie längere Zeit heiser. Am 3. October 1881 zeigte die mässig genährte, blasse Patientin narbige Schrumpfung des häutigen Theiles der Nase, namentlich der Nasenflügel, welche diffus geröthet, und mit einzelnen eingestreuten braunrothen Knötchen besetzt sind. Der Naseneingang erscheint durch Krusten verlegt, nach deren Entfernung die leicht ulcerirte, mit papillären Excrescenzen versehene Schleimhaut blosliegt. Das Septum ist nicht perforirt. Zahnfleisch theilweise lebhaft roth, mit körnig aussehenden Papillomen dicht besetzt, leicht blutend, nirgends ulcerirt. An der hinteren Rachenwand findet sich eine grosse strangartige Narbe.

Laryngoskopisch sieht man einen Defect des oberen Theiles der Epiglottis, welche wie quer abgeschnitten erscheint. Der Rest derselben ist durch einen narbigen Rand abgegrenzt, die Schleimhaut an ihr und im übrigen Kehlkopfe unverändert.

Diese beiden Befunde von völlig vernarbten Defecten des Kehldeckels, obwohl nicht charakteristisch für Lupus, lassen dennoch keine andere Deutung zu, weil bei beiden Patienten die allein





noch in Frage kommende Affection (Syphilis) sicher auszuschliessen war und der Lupus im Gesichte und an den Schleimhäuten die Identität der Erkrankung der Epiglottis bestätigte.

Im Uebrigen verweisen wir auf unsere spätere Bemerkung, dass aus Narben allein keine selbständige Diagnose gestellt werden kann.

VIII. Magdalena Maschka, 35 Jahre alt, aus Gr. Steurowitz Mähren, gab an, seit ihrer Jugend an der Affection der Gesichtshaut zu leiden, während ihre Eltern mit keiner Hautkrankheit behaftet waren. Am 29. December 1881 zeigte sie die Haut der Wangen, Nase und Oberlippe mit unregelmässigen Narben besetzt, in welche nur wenige braunrothe Knötchen eingestreut waren. Die Nasenspitze, das häutige und knorpelige Septum fehlend, die Nasenflügel wie abgegriffen narbig. An der Oberlippe fand sich ein auf das Lippenroth übergreifender kreuzergrosser Lupusplaque, an der inneren Fläche der Unterlippe die Schleimhaut mit zahlreichen schrotkorn- bis erbsengrossen höckrigen überhäuteten Excrescenzen besetzt. Narben an der hinteren Rachenwand, am Zungengrunde, am harten und weichen Gaumen. Die Uvula fehlt vollständig, an ihrer Stelle findet sich eine Narbe mit eingesprengten Lupusknötchen. — Ther.: Stichelungen und Injectionen von Jodoform und Jodglycerin, Lapis-Aetzungen.

Am 18. Jänner fand man mit dem Kehlkopfspiegel, dass der oberste Theil des Kehldeckels quer abgeschnitten war, und der Rand des Defectes narbige Beschaffenheit zeigte. Die rechte Vallecula wies eine halbkreuzergrosse oberflächliche Narbe auf; am vorderen Ende des Lig. aryepiglotticum dext. sassen zwei etwas über hirsekorngrosse, blassrothe Knötchen, ein ebensolches, aber weisses an der vorderen Fläche des rechten Santorinischen Knorpels nahe der Spitze. Die Rhinoscopia posterior zeigt die hintere Velumfläche ebenfalls narbig mit eingesprengten kleinen Lupusknötchen. Die Choanen sind frei und das Velum noch ziemlich beweglich.

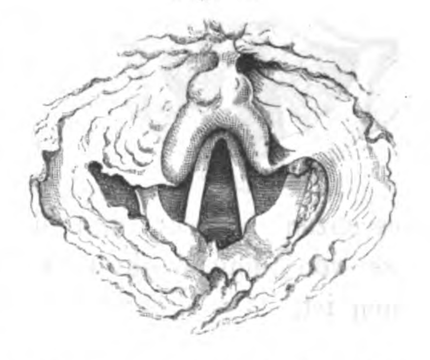
Der narbige Defect des Kehldeckels, die kleinen Knötchen an der Schleimhaut und die Narben der Vallecula liessen wohl bei dem gleichzeitigen Lupus im Gesichte keinen Zweifel über die lupöse Natur der Erkrankung im Kehlkopfe.

Pat. wurde ohne Lupusinfiltrate im Gesichte am 5. April entlassen, ohne dass sich im Kehlkopf etwas geändert hätte.

IX. Scheit Julie, 14 Jahre alt, kam am 26. März 1881 auf die Klinik für Hautkranke und gab an, bisher immer gesund gewesen zu sein, ebenso wie die Eltern und 4 Geschwister; nur die älteste Schwester leidet seit ihrer Kindheit an Lupus faciei. Ueber sich selbst sagte die Kranke Folgendes aus: Um Weihnachten 1880 wurde ihr Gehör stumpfer, und blieb es seitdem mit wechselnden Besserungen. Vor circa 6 Wochen bemerkte sie zum ersten Male zufällig im Spiegel, dass ihr Gaumen erkrankt sei, worüber sie sich sehr wunderte, da sie niemals Schlingbeschwerden oder Schmerzen im Halse empfunden hatte.

Der Status praes. lautete: Schwächliches Mädchen von noch kindlichem Habitus, gracilem Knochenbaue, schlechtem Ernährungszustande und blasser Gesichtsfarbe. Die Haut des Körpers ist überall normal, nirgends narbig oder krank. Im Gesichte zeigen sich einige Epheliden. Lippen blass, die Schleimhaut der vorderen Mundhöhle normal. An der Grenze des harten und weichen Gaumens beginnt eine nach hinten zu sich verbreiternde Wucherung, welche aus dicht aneinandergedrängten papillären, stecknadelkopfgrossen Excrescenzen besteht. Dieselben zeigen die Farbe der angrenzenden Schleimhaut und überragen das Niveau derselben um wenige Millimeter; das Epithel ist überall vorhanden. Die Wucherung nimmt den weichen Gaumen, die Gaumenbögen, die Wandungen des Isthmus faucium, sowie die hintere Rachenwand ein; der Zungengrund ist frei. Die Uvula abgängig, an ihrer Stelle ein tiefer Einschnitt in den verdickten weichen Gaumen. Die Gaumenbögen erscheinen in ihren Contouren wie zernagt und mit Fimbrien besetzt.

Fig. 2.



Der Kehlkopfspiegel zeigte die Epiglottis (v. Fig. 2), besonders an ihrem freien Rande sehr verdickt, in der Mitte derselben fand sich ein fast erbsengrosser, länglich rundlicher, glatter Höcker, offenbar aus dem Zusammenflusse zweier kleinerer hervorgegangen. Die obere Fläche der Epiglottis, die beiden Valleculae, das Ligamentum pharyngo-epiglotticum beiderseits und die hintere und seitliche Rachenwand in der Höhe des Kehlkopfganges zeigten theils kleinere,

theils grössere papilläre und höckerige Excrescenzen, welche besonders an der hinteren Rachenwand auf so verdickter Basis aufsassen, dass sie nur mit Mühe die beiden Aryknorpel sehen liessen. Die letzteren waren aber sowie die Stimmbänder vollständig normal, nur an der Interarytänoid-Falte sass ein kleines Höckerchen.

Während einiger Monate änderte sich fast nichts an dem Zustande im Larynx. Heiserkeit trat nie auf.

Einen ganz ähnlichen Befund lieferte im Anfange der Beobachtung das gleich zu erwähnende Mädchen:

X. Rabenlehner Marie, 14 Jahre alt, aus Rückersdorf in Niederösterreich, stammt von gesunden Eltern ab, leidet aber seit 2 Jahren an Heiserkeit ohne nachweisbare Ursache; etwas später nahm diese Heiserkeit allmählich zu, und wurde auch die Nase theilweise verlegt. Zwei ihrer Geschwister sollen ebenfalls seit einiger Zeit an der Schleimhaut des Auges und der Nase erkrankt sein. Das Mädchen wurde am 15. März 1881 auf die Klinik des Herrn Prof. v. Schrötter aufgenommen, und wurde uns von diesem die gütige Erlaubniss ertheilt, diesen Fall zu benützen. Die schlechtgenährte blasse Kranke zeigte Mitte März den Gaumen und Rachen blass, die hintere Rachenwand mit Schleim belegt.

Die Epiglottis am freien Rande (v. Fig. 3) verschrumpft und gegen links in einen kleinhöckrigen, erbsengrossen Wulst umgewandelt, welcher an 2 kleinen Stellen oberflächlich exulcerirt ist. Linker Aryknorpel stark verdickt, in seiner Beweglichkeit sehr beschränkt und an seiner vorderen Fläche mit vielen kleinen weisslichen Höckern besetzt. Beide wahren und falschen Stimmbänder mit zahlreichen kleinhöckrigen oder papillären, theils weisslichen, theils röthlichen Excrescenzen bedeckt und das rechte falsche vorne so verdickt, dass von dem rechten wahren nur der hintere Antheil zu sehen ist.

Fig. 3.



Beide Nasenöffnungen, von vorne her gesehen, durch kleinpapilläre Schwellung des Septums, der Schleimhaut, der Nasenflügel und der unteren Nasenmuscheln in ihrem vorderen Antheile bedeutend ver-

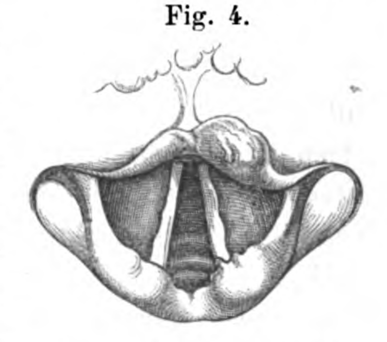
engt, so dass man nicht bestimmen kann, wie weit nach hinten diese Veränderungen reichen; zwischen diesen Papillen sitzen kleine oberflächliche Ulcerationen. Die äussere Haut der Nase, des ganzen Gesichtes, sowie des übrigen Körpers vollkommen intact.

Prof. v. Schrötter sprach sich schon damals für die lupöse Natur dieser Veränderungen aus, weil kaum eine andere Erkrankung ein ähnliches Bild liefern kann; so fand sich für Syphilis kein Anhaltspunkt und Tuberculose war auch nirgends nachzuweisen.

Eigentliche Papillome des Larynx, welche ja im kindlichen Alter nicht zu den Seltenheiten gehören, treten meist in Form von Conglomeraten oder grösseren Geschwülsten auf und ulceriren niemals.

Es wurde daher blos eine locale Behandlung angewendet, welche zunächst in Bepinselungen mit Jodtinctur und Silberlösungen und hierauf in galvanokaustischen Aetzungen des Wulstes an der Epiglottis bestand. Gleichzeitig wurde das Allgemeinbefinden durch kräftige Nahrung gehoben. Der Erfolg dieser Behandlung war ein so günstiger, dass am 6. Juli desselben Jahres (v. Fig. 4) beide wahren Stimmbänder ziemlich regelmässig und weiss erschienen (nur das linke war noch leicht verdickt), und beide falschen fast normal, von glatter Oberfläche waren. Der linke Aryknorpel zeigte sich nur mehr mässig verdickt, mit wenigen kleinen Höckerchen an seiner vorderen Fläche und gut beweglich. Der Wulst an der Epiglottis hatte glatte Oberfläche und war etwas kleiner geworden, die Stimme war ziemlich laut, nur etwas heiser.

Fig. 4.



Auch die papillären Wucherungen der Nasenhöhle wurden mit dem Galvanokauter zerstört, worauf man sich überzeugen konnte, dass diese Wucherungen nur etwa $1^1/_2$ Cm. nach hinten vom äusseren Naseneingange reichten.

Mitte April dieses Jahres kam die Kranke auf die Klinik des Herrn Prof. Kaposi wegen einer Schwellung und Röthung ihrer Nase. Es erschien der häutige Antheil der Nase diffus geschwellt,

leicht geröthet, gegen Druck schmerzhaft, sonst nicht verändert. Der Naseneingang war durch Krusten verdeckt, die Gesichtshaut mit zahlreichen Sommersprossen besetzt und die Unterkieferdrüsen auf Hasel- bis Wallnussgrösse angeschwollen. Im knorpeligen Septum findet sich eine bleistiftdicke Perforation; die Ränder dieses Defectes, sowie die Wände der bedeutend verengten, seitlich comprimirten, spaltförmigen vorderen Nasenhöhlen, soweit sie von vorne sichtbar sind (ca. 3 Cm.), verdickt, infiltrirt, uneben, theils mit unregelmässigen Ulcerationen auf nicht derb infiltrirter Basis, theils mit Granulationen besetzt. Die Diagnose lautete Lupus vulgaris narium. An der hinteren Rachenwand rechts in der Höhe der Spitze der Uvula sass auf einem erbsengrossen, rothen, rundlichen Höcker ein circa hanfkorngrosses, weisslichbelegtes, seichtes Geschwürchen; sonst war die hintere Rachenwand blass. Die Basis der Uvula war stark geröthet, und etwas ober derselben fand sich an der vorderen Fläche des weichen Gaumens eine hanfkorngrosse, rundliche, weissbelegte Excoriation.

Die Balgdrüsen des Zungengrundes zu bis erbsengrossen, isolirten oder confluirenden, blassen, glatten Höckern umgewandelt. Die Epiglottis war an ihrem freien Rande verdickt und zeigte in der Mitte desselben um einen kleinen Substanzverlust herum eine bohnengrosse, stark gewulstete, weisse, ausgezackte Narbe.

Von den beiden gut beweglichen Aryknorpeln ist der linke mit etwas verdickter Schleimhaut überzogen; an der vorderen Fläche des rechten, weniger verdickten zeigt sich nahe dem Ansatze der aryepiglottischen Falte ein mohnkorngrosses, conisches, weisses Knötchen. Das rechte Taschenband ist sehr verdickt und stark geröthet und besonders in zwei Höckern so vorspringend, dass es das wahre Stimmband derselben Seite fast völlig verdeckt; jedoch kann man bei schiefer Spiegelstellung bemerken, dass dasselbe vorne mit kleinen Granulationen besetzt und hinten leicht narbig ist.

Das linke Taschenband ist glatt und in der Mitte narbig eingezogen, so dass das linke Stimmband in der Mitte in einer weiteren Ausdehnung sichtbar wird als vorne und hinten. Dasselbe zeigt sich blassröthlich, oberflächlich narbig mit mehreren bis hirsekorngrossen runden, theils stark rothen, theils blässeren eingesprengten wenig vorragenden Knötchen besetzt. Die Interarytänoidfalte ist leicht verdickt (v. Taf. VIII. Fig. 5).



Mit diesen Veränderungen wurde die Kranke am 3. Mai in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstrirt. Am 2. Juni zeigte sie am vorderen Ende des linken Stimmbandes einen hirsekorngrossen, röthlichen, theilweise losgelösten im Luftstrome flottirenden Lappen. Ebendaselbst sah man auf der oberen Fläche des Stimmbandes ein flaches, graulich belegtes Geschwürchen, an dessen Rand das obige Läppchen angeheftet war. Ein rundliches Ulcus sass etwas nach hinten von dem ersteren; der ganze hintere Antheil des linken Stimmbandes war verdickt, roth, höckerig; das rechte Taschenband war besonders vorne weniger verdickt, so dass das stark geröthete und verdickte Stimmband jetzt gut zu sehen war; das weisse Knötchen am rechten Aryknorpel, sowie die Epiglottisnarbe waren unverändert; dagegen hatte sich das Geschwürchen an der hinteren Rachenwand vergrössert.

Am 25. Juli sahen wir die Kranke wieder; es war jetzt schon die äussere Haut der Nase in der Nähe der Nasenöffnungen von charakteristischem Lupus ergriffen. Es ist nämlich die Umrandung des rechten und eines Theiles des linken Nasenloches infiltrirt und mit Geschwürchen besetzt. An der unteren Fläche der Nasenspitze sitzen mehrere stecknadelkopfgrosse Lupusknötchen in die Haut eingesprengt.

Am 12. September sahen wir die Kranke zum letzten Male; das rechte falsche und wahre Stimmband war mit vielen kleinen Höckern und dazwischen liegenden Ulcerationen besetzt. Das linke wahre war roth kleinhöckerig, sonst alles wie früher; nur die Aphonie war jetzt fast vollkommen.

Erwähnt muss noch werden, dass wir am 6. Juni auch die Schwester, Johanna, der Patientin sahen, welche auf Professor Arlt's Klinik an Lupus conjunctivae behandelt wurde. Beide Nasenöffnungen waren vorne verengt durch Schwellung der Schleimhaut besonders der Nasenflügel; auf dieser Schwellung sassen besonders links Höckerchen und oberflächliche Ulcera. Die äussere Haut war vollkommen frei.

Ausser dem Umstande, dass bei beiden Schwestern der Lupus der Schleimhaut in mehreren getrennten Herden entstand ohne vorhergehende oder gleichzeitige Erkrankung der äusseren Haut, ist für uns der Fall Marie R. deswegen sehr wichtig, weil wir

Gelegenheit hatten an ihr die Entwicklung und den Verlauf des Lupus im Kehlkopfe in einer fortlaufenden Reihe von Beobachtungen zu studiren, deren wichtigste Momente wir durch die beifolgenden Abbildungen fixiren liessen. Es war uns dabei möglich zu sehen: wie an sonst unveränderter Schleimhaut papilläre Excrescenzen entstanden, confluirten, sich durch Resorption oder Ulceration rückbildeten und narbige Destructionen der Schleimhaut zurückliessen, wie in schon fertigem Narbengewebe neue Lupusknötchen, als eingesprengte, nicht oder nur wenig vorragende, braunrothe, hirsekorngrosse Infiltrate auftraten, welche mit den Lupusknötchen der äusseren Haut vollständig identisches Verhalten zeigten, und wie an Stelle der Höcker und Knötchen und Ulcerationen der Epiglottis eine wulstige Narbe sich bildete. Endlich konnten wir besonders am rechten falschen Stimmbande constatiren, dass an derselben Stelle der Schleimhaut zuerst kleine papilläre Excrescenzen, dann grössere knotige Infiltrate und endlich wieder kleine höckerige Wucherungen mit dazwischen liegenden Ulcerationen auftraten.

Das spätere Entstehen unter unseren Augen von typischen Lupusknötchen an der äusseren Haut um den Naseneingang herum bestätigte, wenn es überhaupt dessen noch bedurfte, die Richtigkeit der ursprünglichen Diagnose und gibt weiters noch einen Beleg für die nicht genugsam hervorgehobene Thatsache, dass Lupus nicht selten an der Schleimhaut, namentlich der Nase primär entstehen könne. Bezüglich der Therapie müssen wir besonders hervorheben, dass die Bepinselung der papillären Wucherungen im Kehlkopfe mit Jodtinctur und ihre Behandlung mit dem Galvanocauter temporär eine fast völlige Rückbildung derselben veranlasste.

Eine ebenso genaue, alle Stadien der Entwicklung umfassende Beobachtung war uns auch im folgenden Falle möglich, nur konnten wir da auch die ersten, noch ganz unscheinbaren Anfänge der Erkrankung im Kehlkopfe studiren und uns wieder überzeugen, dass der Lupus im Kehlkopfe entstehen und sich bis zu einer gewissen Grenze entwickeln kann, ohne die geringste Störung zu veranlassen.

XI. Heinz Eva, 26 Jahre alt, aus Deutsch-Salanka in Ungarn, wurde am 29. August 1881 auf die Klinik des Herrn Prof. Kaposi



aufgenommen mit der Angabe, seit 5 Monaten öfters an Schmerzen und Verstopfung an der Nase und an Erysipel gelitten zu haben. Von ihren Verwandten war niemand ähnlich erkrankt. Sie zeigte folgenden Status: Die Haut der Nase ist in toto geschwellt, der knöcherne Theil besonders auffallend verbreitert. Am unteren Rande der Nasenbeine erhebt sich am Nasenrücken eine nahezu taubeneigrosse, im Centrum eitrig erweichte, entzündliche Geschwulst von hellrother Farbe, teigigem in der Tiefe fluctuirendem Anfühlen. Weiter nach abwärts, 1 Ctm. oberhalb der Nasenspitze, ist der Nasenrücken merklich eingesunken, und findet man an der entsprechenden Stelle der Nasenscheidewand eine ungefähr für die Spitze des kleinen Fingers durchgängige Perforation, deren Umrandung von theils ulcerirtem, theils unregelmässig granulirendem Gewebe gebildet wird. Die nach Entfernung massiger Krusten von vorne sichtbaren Theile der Nasenschleimhaut sind auffallend verdickt, weich, mit papillären, hellrothen, leicht blutenden Excrescenzen besetzt, welche die Nasengänge beträchtlich verengern. Die an die Nase grenzende Wangenhaut ist leicht ödematös, zeigt aber wie die übrige Gesichtshaut keine weiteren Veränderungen. Am rechten Ohrläppchen einige mit Krusten belegte hanfkorn- bis erbsengrosse Geschwürchen mit unregelmässiger Basis, ohne tastbare Infiltration, neben oberflächlichen Narben. Das Ohrläppchen trägt auch eine für einen Rabenfederkiel passirbare Perforation.

Die Schleimhaut der vorderen Mundhöhle ist intact, die des weichen und der nächstgelegenen Theile des harten Gaumens, der Uvula, Gaumenbögen, der hinteren Rachenwand, sowie eines Theiles des Zungengrundes ist mit der normalen Schleimhaut gleichgefärbten oder etwas rötheren hirsekorn- und darüber grossen, papillären, unregelmässig gebildeten und leicht blutenden Excrescenzen dicht besetzt und theilweise mit eiterig belegten, oberflächlichen, unregelmässigen Geschwürchen versehen.

Die beschriebenen papillären Excrescenzen sind durchweg überhäutet, nur an einzelnen derselben erscheint der Epithelüberzug milchig getrübt und aufgelockert; die übrige allgemeine Decke weist weder Lupusinfiltrate noch Narben auf und ist von blasser Farbe. Auch die übrigen Schleimhäute und die inneren Organe sind normal.

Die Therapie bestand in Jodoformglycerin-Bepinselungen. — Die Diagnose war Lupus mucosae oris et narium et auriculae dextrae.

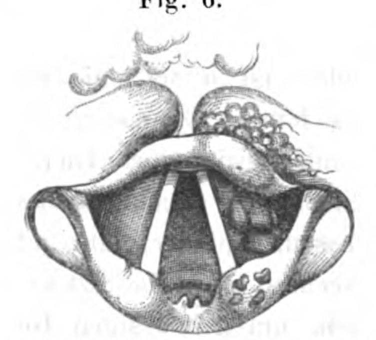


Am 6. September wurde der Abscess am Nasenrücken incidirt und dicker Eiter entleert; die eingeführte Sonde drang an mehreren Punkten leicht in die Nasenhöhle, stiess aber nirgends auf rauhen Knochen. Am 17. October wurde der freie Rand der Gaumenbögen zackig, weisslich, narbig aussehend, an anderen Stellen mit papillären Excrescenzen besetzt gefunden. Die Uvula war zum grossen Theile zerstört, dagegen die papillären Wucherungen am Gaumen flacher und blässer.

Am 2. November waren die Geschwüre am Gaumen vernarbt, die papillären Excrescenzen nahezu geschwunden und die ganze Fläche narbig. Am Zungengrunde sassen mehrere über hanfkorngrosse Höckerchen, welche unregelmässig angeordnet und durch tiefe Furchen von einander getrennt waren.

Die Epiglottis war an der linken Seite verdickt und an der lingualen Fläche derselben links sassen kleine, rothe Höckerchen, welche sich auch über die ganze Vallecula ausdehnten. Der linke Aryknorpel war verdickt, mit Narben und kleinen Höckerchen besetzt, an der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand sassen ebensolche Gebilde. Das linke Taschenband war in der Nähe des Aryknorpels knotig verdickt, von unebener überhäuteter Oberfläche. (v. Fig. 6.)

Fig. 6.



Die rechte Choane liess sich wegen narbiger Retraction des Velums weniger gut sehen. Die hintere Velumsfläche war wie die vordere mit Narben und papillären Wucherungen besetzt, sonst bot der Nasen-Rachenraum normales Ansehen dar.

Am 13. November wurde die Pat. wegen Erkrankung an Variola in das Blatternspital gebracht und kam erst am 20. Februar 1882 wieder als Ambulantin auf die Klinik des Herrn Prof. Kaposi und zeigte auf dem Nasenrücken an Stelle des Abscesses eine Einsenkung, daselbst die Haut narbig, stärker pigmentirt; in dem Bereiche der früher entzündlich geschwellten Partie eine Anzahl hanfkorngrosser, braunrother Lupusknötchen.

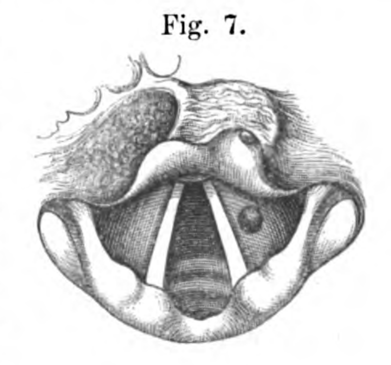
Der harte Gaumen, die Gaumenbögen, der weiche Gaumen zeigten theils weisse Narben, in denen bis stecknadelkopfgrosse, bräunliche Knötchen lagen. theils wuchernde, hellrothe, papilläre,

unregelmässige 1—2 Mm. hohe Plaques, an der Basis der Uvula theils Narben, theils bis hanfkorngrosse papilläre Höckerchen. Am linken Arcus palato-pharyngeus, sowie hinter demselben an der Rachenwand kleine aber tiefe Ulcerationen, an der hinteren Velumsfläche theils Ulcerationen, theils bis erbsengrosse, glatte Höcker. Die Choanen waren nur im oberen Theile sichtbar, daselbst normal.

Die Rhinoscopia anterior zeigte 1 Ctm. hinter dem Naseneingange das Lumen rechts auf Rabenfederkieldicke, links auf Bleistiftdicke durch consolidirte Narben verengert; nur rechts an der stenosirten Stelle lagen einige Excoriationen.

An der oberen Fläche der Epiglottis, nahe dem freien Rande lagen zwei in der Mittellinie zusammenfliessende ca. erbsengrosse, runde, glatte Höcker, von welchen der linke ein hirsekorngrosses Geschwürchen trug. Anstossend an diese Höcker ist die linke Hälfte der oberen Fläche des Kehldeckels und die linke Vallecula leicht vertieft, oberflächlich narbig. Diese Narbe reicht auch noch etwas über die Mittellinie nach rechts. Die Schleimhaut der rechten Vallecula ist stark geröthet, leicht höckerig. Am linken Taschenband sass vorne oben ein halberbsengrosser, graulicher Knoten. Der Zungengrund war mit beinahe erbsengrossen, unregelmässigen Höckern dicht besetzt (v. Fig. 7).

Fig. 7.



Erst am 4. Mai liess sich die Kranke wieder sehen und bot folgenden Befund: Am rechten Ohre und der angrenzenden Wangenschleimhaut einzelne Lupusknoten, die Haut der Nase und der rechten Wange geröthet, mit ausgedehnten Gefässen und mit einzelnen Lupusknötchen versehen; die Einsenkung des Nasenrückens unterhalb der Nasenbeine ist ziemlich beträchtlich, so dass die Nasenspitze nach aufwärts gezogen erscheint; das rechte Nasenloch ist verschlossen durch papilläre, höckerige, tief exulcerirte Wucherungen; der linke Nasengang ist noch immer narbig stenosirt. Am Velum, Palatum durum, Pharynx, fanden sich ausser den Narben und Plaques noch höckerige Wucherungen und Ulcerationen, ebenso an der hinteren Fläche des noch etwas beweglichen Velums.

Der Zungengrund, die Epiglottis und beide Valleculae waren theils mit bis erbsengrossen sulzigen, blassrothen Höckern, theils mit Ulcerationen besetzt, welche nach ihrer Lage und Ausdehnung aus dem Zerfalle der Höcker hervorgegangen zu sein schienen. Durch diese Veränderungen war der Kehldeckel zu einem unregelmässig höckerigen, theilweise exulcerirten Wulst umgewandelt, welcher sich nur schwerfällig bewegte; das linke Taschenband besonders vorne verdickt, höckerig und auch theilweise exulcerirt, deckt das linke Stimmband so zu, dass man nur hie und da das hintere, anscheinend normale Ende desselben sieht. Die beiden rechtsseitigen Stimmbänder sind nur schwach geröthet, der linke Aryknorpel etwas mehr verdickt (v. Taf. VIII. Fig. 8). Die Stimme ist ziemlich heiser.

In diesem Stadium wurde die Kranke der Gesellschaft der Aerzte vorgestellt.

Wie in dem vorerwähnten Falle bietet auch hier das Hauptinteresse die Beobachtung des Entstehens und Verlaufes der Larynxerkrankung; auch hier waren die ersten Symptome die Bildung von hervorragenden, papillären Höckerchen, Knötchen und Knoten, an denen wir wieder entweder die Rückbildung durch Verschrumpfung zur narbigen Atrophie oder durch Verschwärung zu tiefen Substanzverlusten nachweisen konnten, und auch hier zeigte sich das Auftreten der verschiedensten Phasen an demselben Orte, das immer wechselnde Ausheilen und Recidiviren.

Nebstdem ist auch hier das primäre Auftreten der Erkrankung an der Schleimhaut (die Affection am Ohrläppchen ist offenbar jüngeren Datums) sowie die unter unseren Augen erfolgte Ausbreitung des Lupus auf die äussere Haut des Nasendaches bemerkenswerth. Einpinselungen mit Jodoformglycerin und Jodglycerin bewirkten an der Schleimhaut des Gaumens und Rachens Rückbildung aller frischen Lupusinfiltrate; im Kehlkopfe konnte keine locale Therapie angewendet werden, da Patientin sich nur selten als Ambulantin vorstellte.

Bevor wir nun, gestützt auf diese eigenen und die citirten fremden Beobachtungen, zur näheren Besprechung des Kehlkopflupus übergehen, sei es uns gestattet die Erscheinungen, welche Lupus vulgaris an den sichtbaren Schleimhäuten hervorbringt.



deren Kenntniss durch das häufigere Vorkommen und den leichter zugänglichen Sitz weiter vorgeschritten ist, kurz zu erörtern.

Der Lupus der Schleimhaut entbehrt im Allgemeinen jener den Lupus der äusseren Haut charakterisirenden Eigenthümlichkeiten, die denselben in den meisten Fällen für den ersten Blick diagnosticirbar machen. Dazu kommt noch, dass bei dem schmerzlosen Verlaufe der Krankheit die Affection an der Schleimhaut häufig erst in relativ später Zeit sich bemerkbar macht, und daher die Anfangssymptome nur selten zur Beobachtung gelangen.

Die für Lupus der äusseren Haut charakteristischen Primärefflorescenzen — braunrothe, unter dem Fingerdrucke nicht fühlbare und wenig abblassende, in das Bindegewebe eingebettete Knötchen — fehlen an der Schleimhaut meist gänzlich. Sie werden in der Regel durch allen Beobachtern bekannte, papilläre Excrescenzen ersetzt. Diese Modification findet ihre Erklärung in der Structur der Schleimhaut und namentlich in dem geringeren Widerstande, welcher dem wachsenden Lupusinfiltrate durch das dünne, weiche Epithel entgegengesetzt wird. Demgemäss müssen wir also die papillären Excrescenzen, welche entweder wie Granulationen oder Papillae fungiformes vorragen, als die Primärefflorescenzen des Schleimhautlupus ansehen.

Durch in Gruppen auftretende Excrescenzen werden Plaques von unregelmässiger Gestalt, convexen oder serpiginösen Begrenzungen, höckriger oder feinkörniger Oberfläche gebildet, an welchen das Epithel theils völlig erhalten, theils verdünnt, grauweiss oder stellenweise abgängig ist.

Zeitweilig zerfallen dichter angeordnete Lupusinfiltrate und hinterlassen verschieden tiefe Geschwüre, deren Vernarbung durch Nachschübe in die Granulationen meist lange Zeit hintangehalten wird, so dass sich manchmal unregelmässig drusige, framboësiaartige Gruppen hypertrophischer und zerfallender Granulationen bilden, aus welchen wulstige Narbenstränge hervorgehen.

Andere Efflorescenzen kommen mehr minder dicht gesät zum Vorschein, ohne sich jedoch zu berühren oder eigentliche Plaques zu bilden. Man findet dieselben auf leicht gerötheter oder unveränderter Unterlage zumeist in der Nachbarschaft älterer Plaques, mitunter bis hanfkorngross.

Die Farbe der Papillome variirt von hell- bis braunroth und zeigt sich häufig blässer als die umgebende Schleimhaut. Chronischer Katarrh, diffuse entzündliche Röthung, Bildung kleiner Abscesse, Rhagaden etc. compliciren und verwirren das klinische Bild oft bis zur Unkenntlichkeit.

Die grösste Aehnlichkeit zeigen in diesen Fällen zerfallende syphilitische Infiltrate, doch lässt meist schon die Beschaffenheit der Geschwüre die Entscheidung treffen.

Im Gegensatze zu Lues bildet Lupus meist weniger tiefe, flachmuschlige Geschwüre, deren Rand und Grund weniger infiltrirt, nicht speckig belegt, weicher erscheinen und auf Berührung leicht bluten.

Einen sicheren Behelf zur Diagnose bildet die fortgesetzte Beobachtung des äusserst chronischen Verlaufes auch in anfangs unklaren Fällen, zumal wenn man die Entstehung und Rückbildung einzelner Efflorescenzen oder kleinerer Plaques ins Auge fasst. Die Analogie der Erscheinungen an Haut und Schleimhaut tritt dann deutlicher hervor, als man bei einmaliger Beobachtung vermuthen möchte. Es lässt sich sowohl die durch Resorption des Infiltrates eingeleitete Form der regressiven Metamorphose analog dem Lupus exfoliativus der äusseren Haut, als auch der geschwürige Zerfall des Lupus exulcerans nachweisen.

Die erstere präsentirt sich an den anfangs prominirenden papillären Excrescenzen durch allmähliche Verkleinerung derselben, wobei das Epithel silbergrau verfärbt erscheint und sich abblättert, und durch endlichen Schwund mit Hinterlassung einer weisslich glänzenden Narbe.

Die zweite Rückbildungsform, welche analog dem Hautlupus meist grössere massigere Infiltrate betrifft, besteht in Bildung von Rhagaden und unregelmässigem geschwürigen Zerfall. (Schwellung, mitunter Vereiterung der benachbarten Lymphdrüsen begleiten häufig den geschwürigen Lupus.) Beide Formen setzen Substanzverluste und enden mit Narbenbildung, die je nach der Ausdehnung des Lupus und der Mitbetheiligung der unterliegenden Gewebe mehr minder starke Veränderungen der betroffenen und nächstliegenden Territorien zur Folge hat.

Die resultirenden Narben bieten weder in ihrer Structur, noch in Form und Ausbreitung charakteristische Eigenthümlich-



keiten, etwa im Gegensatze zu den Narben nach luetischen Geschwüren. Da nun häufig auch an der Schleimhaut die verschiedensten Stadien der Entwicklung und Rückbildung zu gleicher Zeit vorhanden sind, lässt sich in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose auch bei einmaliger Besichtigung stellen. Ein Umstand aber, der unseres Wissens bisher nirgends erwähnt wurde, gestattet mit voller Sicherheit die Diagnose; d. i. das Auftreten von Nachschüben in Narben.

In den Narben entstehende Efflorescenzen zeigen sich nämlich nicht mehr als papilläre Prominenzen, sondern sind ganz identisch den in das Cutis- und Narbengewebe der äusseren Haut eingebetteten Knötchen, nicht tastbar, aber unter dem Fingerdrucke nicht schwindend, von braunrother Farbe (v. Taf. VIII. Fig. 9). Da kein anderer Process ähnliche Eruptionen in Narbensubstanz aufweist, ist ein derartiger Befund als für Lupus pathognomonisch zu bezeichnen.

Was nun den Lupus im Kehlkopf anbelangt, präsentirt sich derselbe nach den Berichten der eingangs citirten Autoren und unseren eigenen Beobachtungen in ganz ähnlicher und nur durch die Localisation modificirter Form.

Wenn wir nun die eigenen Beobachtungen zusammenfassen und durch einige der fremden ergänzen, so können wir ungefähr folgendes Krankheitsbild des Lupus laryngis entwerfen:

Die Affection beginnt mit dem Auftauchen einzelner hirse- bis hanfkorngrosser, mehr minder prominirender, papillärer Excrescenzen, wie an den übrigen Schleimhäuten; diese bleiben entweder vereinzelt oder erscheinen in dicht gedrängten Gruppen auf leicht hyperämischer Schleimhaut. Die Efflorescenzgruppen nehmen nun durch Nachschübe in der Nachbarschaft oder in die Plaques selbst sowohl an Flächenausdehnung, als an Prominenz zu, so dass sie einmal flache nur wenig prominirende, leicht drusige Verdickungen der Schleimhaut vorstellen, in einem anderen Falle zu höckrigen, unebenen, stärker vorragenden Plaques gedeihen.

Die Rückbildung der Lupusinfiltrate erfolgt dann nach monatelangem Bestande entweder durch Resorption, welche sich klinisch als allmähliche Abflachung und Einsinken der Knoten und Plaques sichtbar macht mit stellenweiser Abschuppung oder weissgraulicher Verdickung des Epithels und Schwund mit Hinter-



lassung einer narbig eingesunkenen Schleimhautpartie, oder durch eitrigen Zerfall ähnlich wie an der äusseren Haut, wo dann mehr minder tief greifende, rundlich oder ganz unregelmässig begrenzte Geschwüre mit wenig infiltrirtem Rande und Grunde und mit eitrigem Belage entstehen.

Die Verheilung erfolgt in solchen Fällen durch Granulations- und Narbenbildung in verschieden langen Zeiträumen meist sehr spät, wegen der die Vernarbung hindernden Nachschübe. Der Process verschont auch im Kehlkopfe die schon fertigen Narben nicht, und ergreift oft noch nach längeren Pausen diese oder benachbarte Schleimhautgebiete.

Durch Alteration der Blutcirculation, der Secretion etc. wird Katarrh in der Umgebung verursacht und erhalten, so dass derselbe in den meisten Fällen als Begleiterscheinung angetroffen wird. Bei der ulcerösen Form schwellen die Lymphdrüsen des entsprechenden Gebietes am Halse zu erbsen- bis kleinnussgrossen Tumoren an. Vereiterung derselben, wie sie bei Lupus im Gesichte häufig vorkommt, haben wir nicht beobachtet.

Wie wir von der Nasenschleimhaut her wissen, greift Lupus sehr leicht auf das Perichondrium und den Knorpel selbst über; im Kehlkopf dagegen begegnen wir dieser Eigenschaft selten und scheint nur die Epiglottis darunter öfter zu leiden; sie weist dementsprechend Defecte am häufigsten auf.

Perichondritis, Chondritis und Nekrose der übrigen Kehlkopfknorpel haben wir selbst nie gesehen und wären von anderen Untersuchern nur zwei Befunde (Eppinger, Idelson) dieser Art zu verzeichnen. Je nach dem Sitze, der Form und Ausbreitung des Lupus können sich in verschiedenen Fällen die subjectiven Beschwerden und Complicationen relativ früh und intensiv, in anderen nur rudimentär und lange Zeit nach der ersten Eruption einstellen, oder nur zeitweilig auftreten, ja so gering sich äussern, dass die Affection nur bei zufälliger laryngoskopischer Untersuchung entdeckt wird, wie z. B. die Fälle Scheidt und Lug beweisen. Namentlich die Anfangsstadien verlaufen gewiss schmerzlos und häufig ohne Functionsstörung. In anderen Fällen kommt es dagegen zu hochgradigen Störungen von mitunter vitalem Interesse, wie z. B. zu Laryngostenose in den Fällen von Türck, Stoerk, Jurasz, Rauchfuss, Ganghofner; diese letzteren sind zumeist



nur in den spätesten Stadien mit weitgediehener Ulceration und Narbenbildung oder durch complicirende acute Entzündungen, Oedem etc. bedingt zu Stande gekommen, im Ganzen jedoch selten.

Ueber die Häufigkeit des Kehlkopflupus haben wir nur ein dem spärlichen Materiale entsprechend unvollkommenes Bild, da nur wenige statistische Angaben vorliegen und manche derselben kaum als beweiskräftig angesehen werden können, weil die Kehlkopfuntersuchungen nicht regelmässig oder nur bei über Affectionen des Larynx klagenden Lupösen vorgenommen wurden. Zunächst muss aus der geringen Zahl der überhaupt in der Literatur verzeichneten Fälle angenommen werden, dass diese Erkrankung selten ist. Zur Beantwortung der Frage, wie viele von allen Lupösen an derselben Krankheit im Kehlkopfe leiden, können nur wenige Untersuchungsreihen verwendet werden, da man diesem Gegenstande bis jetzt keine besondere Aufmerksamkeit schenkte. Nach Nikolai Holm l. c. kamen auf circa 90 Lupöse 5 sichere Fälle, also 5·5%. Nach den Zusammenstellungen aus den Protokollen der dermatologischen Klinik in Wien erkrankten von 725 nur 6, also 0·8% an Kohlkopflupus, wobei wohl zu bedenken ist, dass nur jene Kranken untersucht wurden, welche an Kehlkopfbeschwerden litten. Endlich fanden wir bei unseren 68 Lupösen 6 Mal, also in 8·8% den Kehlkopf ergriffen. Natürlich kann man aus so kleinen Zahlen noch keine allgemein giltigen Ansichten über die relative Häufigkeit des Kehlkopflupus entwickeln, aber nach den so ziemlich übereinstimmenden Resultaten der Holm'schen und unserer eigenen Untersuchungen scheint er denn doch häufiger zu sein, als man bis jetzt annahm.

Die Affection ist am häufigsten am Kehldeckel localisirt, wie folgende Zusammenstellung aller bekannten Fälle lehrt:

Es wurden im Ganzen 41 Fälle von Kehlkopflupus beobachtet, von denen einige, wie schon früher erwähnt, in ihrer Deutung zweifelhaft sind; über 3 findet sich gar keine nähere Angabe.

Von den restirenden 38 hatten nur 3 den Kehldeckel nicht ergriffen; bei 27 waren die ary-epiglottischen Falten oder die Aryknorpelüberzüge oder beide zusammen betheiligt, und endlich in 18 Fällen die Stimmbänder. In 2 Fällen waren sie nicht zu



sehen, aber wegen der Heiserkeit musste ihr Ergriffensein angenommen werden. In den übrigen 10 Fällen waren sie entweder mit Wucherungen besetzt, geschwürig oder narbig; doch waren sie nur in 2 Fällen unbeweglich, nämlich in den von Stoerk und Critchett beobachteten. Aus diesem Umstande allein kann man entnehmen, dass die Aryknorpel selbst sehr selten ergriffen werden, ja dass selbst eine starke Infiltration um ihre Basis herum nicht häufig ist. Exfoliation derselben wurde nur 1 Mal von Eppinger gefunden. Ueber Ergriffensein anderer Knorpel (natürlich immer den Kehldeckel ausgenommen), liegt nur eine Beobachtung von Idelson vor, in welchem Falle der Schildknorpel einen grossen Defect zeigte.

Ueber Weiterschreiten des Processes in die Luftröhre finden sich nur Angaben Virchow's und Idelson's. Ersterer erwähnt, dass eine knotige Härte von dem lupösen Kehlkopfe aus in die Trachea herabreichte, und Letztere beschreibt eine Reihe von Geschwüren in der Luftröhre, während der Kehlkopf oberhalb der Stimmbänder normal war. Wie schon erwähnt, gehört dieser Fall Idelson's zu den unsicheren. Berücksichtigt man nun, dass der Kehldeckel fast ausnahmslos ergriffen wird, und gewöhnlich schon Ulcerationen, Defecte oder Narben zeigt, während das Kehlkopfinnere oft nur papilläre oder höckerige Excrescenzen aufweist, so ergibt sich, dass die Erkrankung des Kehlkopfes von oben nach unten fortschreitet, wie sie sich ja auch oft an die des Rachens anschliesst.

Bezüglich der Aetiologie des Kehlkopflupus scheinen uns keine anderen Verhältnisse Einfluss zu üben, als sie bei Lupus überhaupt in Betracht kommen; wir wollen daher nicht näher auf diese Grundfragen eingehen und nur Einzelnes bemerken.

Am häufigsten wurde diese Localisation bei jungen Individuen und namentlich Mädchen angetroffen. Von 33 in dieser Beziehung verwendbaren Fällen betrafen 25 weibliche Individuen und zwar 15 solche unter 20 Jahren; von den 8 Männern waren auch 4 unter 20 Jahren. Alle Fälle betreffen Kranke, welche zugleich Lupus im Gesichte aufwiesen; nur 2 Mädchen und 1 Knabe waren von Erkrankung der äusseren Haut völlig frei; von alleiniger Localisation im Larynx ist mit Ausnahme des Falles Ziemssen kein Fall bekannt.

Scrophulose oder Tuberculose, sowie Heredität waren in keinem unserer Fälle nachweisbar, dagegen sahen wir in drei Fällen Lupus an Geschwistern unserer Kehlkopfkranken.

Was die praktisch vielleicht wichtigste Frage, die Diagnose, anbelangt, können wir behaupten, dass in den meisten Fällen nicht blos per exclusionem, sondern auf Basis der directen Beobachtung eine Sicherstellung möglich ist, auch wo an der äusseren Haut keine Erscheinungen vorliegen.

Schon das Auftreten der isolirten oder gruppirten, später zu Plaques confluirenden, papillären Primärefflorescenzen, noch mehr aber die Beobachtung des Verlaufes geben dazu sichere Behelfe.

Findet man papilläre Excrescenzen neben ulcerösen oder eingesunkenen narbigen Partien, so können diese verschiedene Phasen des Verlaufes repräsentirenden Symptome kaum auf einen anderen Krankheitsprocess bezogen werden.

Eine ganz sicherstehende Diagnose ermöglicht dagegen der Befund einer mit braunrothen eingesprengten Lupusknötchen versehenen Narbe, wie wir sie z. B. bei Fall Rabenlehner trafen.

Die Differentialdiagnose, welche nur gegen eine beschränkte Zahl von pathologischen Processen zu stellen ist, findet in denselben positiven und in einer Reihe von negativen oder begleitenden Erscheinungen ihre Begründung.

Es handelt sich dabei nur um vier Krankheitsprocesse, nämlich Tuberculose, Carcinom, Syphilis und Lepra. Ausser der Berücksichtigung der Anamnese und der Untersuchung des ganzen Körpers, welche unsere Aufmerksamkeit mehr auf die eine oder die andere Krankheit lenken, bieten die Veränderungen im Kehlkopfe selbst Charakteristisches, theils in einer bestimmten Phase ihrer Entwicklung, theils in ihrem ganzen Verlaufe dar.

Besonders gilt dieses nach dem früher Erwähnten für die Frühformen des Lupus im Kehlkopfe. Anders verhält es sich wohl mit den Spätformen, welche meist in bedeutenden Schwellungen, Verdickungen, Infiltrationen, Geschwüren, Substanzverlusten und Narben bestehen, lauter Veränderungen, die auch durch die anderen Krankheiten in ähnlicher Weise veranlasst werden. Zwar wird auch in solchen Fällen die Diagnose oft durch die bekannte Eigenthümlichkeit des Lupus erleichtert, frische Nachschübe, theils in das



kranke, theils in das noch gesunde Gewebe selbst nach langem Stillstande des Processes zu machen, in welchem Falle man aus den frischen Infiltraten die Grundkrankheit erkennen kann. Fehlen jedoch diese Nachschübe, so muss man noch andere Momente berücksichtigen.

Gegen Tuberculose sind es besonders das Vorhandensein von Narben und das fast ausnahmslose Ergriffensein des Kehldeckels, während die tuberculösen Geschwüre fast nie vernarben und der Kehldeckel selten von ihnen ergriffen wird. Dagegen fehlen bei Lupus immer jene gelben oder weissen in die Schleimhaut eingesprengten miliaren Knötchen, die in der Umgebung tuberculöser Geschwüre recht häufig sind. Was den Verlauf anbelangt, so greifen die phthisischen Ulcerationen sehr rasch um sich, setzen aber dabei keine scharf umschriebenen Substanzverluste, wie die lupösen.

Endlich muss noch der Zustand der Lungen und die meist schlechte Ernährung der Tuberculösen berücksichtigt werden.

Das Carcinom in seinen beiden Abarten, der medullären und der epithelialen, ist wohl schon durch seine Neigung zu bedeutenden Wucherungen meist hinreichend charakterisirt; besonders sind die blumenkohlartigen Bildungen des Epithelioms hervorzuheben. Auch das Fehlen von Narben bei meist ausgebreitetem, geschwürigem Zerfalle der Neubildung gibt einen guten Anhaltspunkt. Der Krebs des Kehlkopfes ist fast immer einseitig, sein Entstehen und Bestand oft von stechenden in die Ohrengegend ausstrahlenden Schmerzen begleitet, und nicht selten treten Blutungen auf; dazu kommt noch der Umstand, dass sehr bald Functionsstörungen, besonders Heiserkeit und Schlingbeschwerden beobachtet und meist nur ältere Leute von diesen Leiden ergriffen werden.

Am schwersten dürfte in vielen Fällen die Abgrenzung gegen Lues fallen, und zwar besonders gegen die späteren Formen derselben, die gummösen und ulcerösen. Die meisten Autoren betonen die grosse Aehnlichkeit beider Processe im Kehlkopfe und bekanntlich ist man ja auch gelegentlich bei Geschwüren und Narben an der äusseren Haut im Zweifel, um welche Grund-Krankheit es sich handelt. In Bezug auf den Kehlkopf gehen viele so weit zu behaupten, dass nur das Auffinden von Lupus an der äusseren Haut und das Fehlschlagen der antiluetischen Therapie

die Diagnose sichern könne. Nur Lewin[1]) beschäftigt sich etwas näher mit der Abgrenzung des Lupus gegen das Knötchen-Syphilid des Kehlkopfes und hebt die starke reactive Entzündung in der Umgebung der Lupusinfiltrate, den sehr langsamen Zerfall derselben und die nach Lupus auftretenden, stark constringirenden Narben hervor. Ausserdem betont er den Umstand, dass Lupus gewöhnlich nur einen Körpertheil befällt, während das Knötchen-Syphilid meist an vielen Orten auftritt. Wenn auch einige dieser Bemerkungen richtig sind, so muss man doch bedenken, dass dadurch der Lupus nur gegen eine einzige Form der Syphilis abgegrenzt wird, und dass daher viele dieser differential-diagnostischen Momente gegen andere Formen unbrauchbar sind. So weiss man doch, dass Syphilis in ihren späteren Formen häufig Stenose des Kehlkopfes veranlasst und zwar jedenfalls viel häufiger als Lupus; nach unserer Zusammenstellung konnten wir nur 7 Fälle von Larynxstenose durch Lupus veranlasst finden.

Eben so wenig wie die stark constringirende Beschaffenheit der Narben nach Lupus können wir die starke reactive Entzündung in der Umgebung seiner Infiltrate als allgemeine Kriterien angeben, da sehr häufig dieselben ganz reactionslos sich bilden. Dagegen muss allerdings die Localisirung meist auf einen Körpertheil, (obwohl Fälle von Ausbreitung über den ganzen Körper bekannt sind) und der sehr schleppende Verlauf als mehr für Lupus sprechend bezeichnet werden.

Ausserdem müssen wir noch hervorheben, dass bei Syphilis des Kehlkopfes zwar auch Wucherungen in der Umgebung von Geschwüren und Narben vorkommen, aber niemals diese charakteristischen papillären und höckerigen Excrescenzen wie bei Lupus. Die Geschwüre selbst zeigen schlaffe, nicht infiltrirte Ränder, sind unregelmässig gestaltet und meist wenig belegt; anders die syphilitischen. Dieselben sind meist rund und haben scharfe, stark infiltrirte und geröthete Ränder und sind von einem dicken speckigen Belage bedeckt.

Was die Narben anbelangt, so sind sie bei beiden Processen fast gleich, nur trifft man wegen der grösseren Substanzverluste

---

[1]) Kritische Beiträge zur Therapie und Pathologie der Larynxsyphilis. Berlin 1881. p. 27.



bei Syphilis noch mehr verunstaltende Narben. Auf das Auftreten von Nachschüben in Narben nach Lupus wurde schon früher aufmerksam gemacht.

Da es aber trotz dieser Momente gewiss in einzelnen Fällen, besonders bei alleinigem Vorhandensein von Narben, nicht möglich sein wird, blos durch den einmaligen Spiegelbefund die Differential-Diagnose gegen Syphilis zu machen, so wird man da zunächst auf die längere Beobachtung angewiesen sein. Die Anamnese, die Untersuchung des ganzen Körpers und die probeweise Anwendung der antiluetischen Therapie verdienen nur in zweiter Reihe Berücksichtigung.

Endlich hat Lepra, wie schon Türck und Virchow [1]) hervorgehoben, sehr grosse Aehnlichkeit mit Lupus; der Verlauf ist aber ein noch langsamerer, so dass der Status oft Jahre lang unverändert bleibt. Die knotigen Granulationen und die diffuse Infiltration und der spätere geschwürige Zerfall (jedoch nicht in allen Fällen auftretend) dürften nicht viel Charakteristisches bieten. Besser zu verwerthen wären die frühzeitigen und häufigen Functionsstörungen (Heiserkeit und Athembeschwerden) verbunden mit Behinderung der Motilität der Stimmbänder. Selbstverständlich treten aber hier die Erscheinungen an der äusseren Haut in den Vordergrund, und könnte die eventuelle Auffindung von Leprabaccillen im Secrete die Differentialdiagnose erleichtern.

Ueber die Prognose des Lupus laryngis lässt sich im Allgemeinen nur ein ähnliches Urtheil fällen, wie es Lupus der äusseren Haut erheischt; die noch nach langer Zeit erfolgenden Nachschübe, die Unbegrenzbarkeit des Processes, sein schleppender Verlauf, die Möglichkeit der Ausbreitung auf Knorpel und anderer misslicher Complicationen sind bei der Localisation im Kehlkopfe um so schwerwiegender und von ungünstigerer Bedeutung, als ja dort verhältnissmässig geringe Veränderungen schon zu ernsten Störungen Veranlassung geben können. Doch kann man sagen, dass letztere selten eintreten. Von den 33 klinisch-genau beobachteten Fällen waren nur 6 mit Stenose des Larynx behaftet. Leichtere Functionsstörungen, besonders Heiserkeit, wurden in 13 Fällen constatirt, Fehl-

[1]) Die krankhaften Geschwülste. Bd. II.



schlucken nur in 1 Falle. Gar keine Symptome von Seiten des erkrankten Kehlkopfes fanden sich bei 15 der Kranken.

Was nun endlich die Frage anbelangt, welche Zeit nach dem Ausbruche des Hautlupus verfloss, bis auch der Kehlkopf ergriffen wurde, so sind eben wegen des unmerklichen Anfanges der Erkrankung keine verlässlichen Daten möglich. Doch scheint dieselbe in den meisten Fällen nur wenige Jahre zu betragen; übrigens nicht ohne Ausnahmen. So trat in dem Falle Lefferts's erst 30 Jahre nach dem Entstehen des Gesichtslupus Husten als das erste Symptom von Seite der Luftwege auf; und fanden wir bei zwei Mädchen den Lupus im Kehlkopfe früher auftretend als an der äusseren Haut.

Auch über die Therapie fehlen uns hinreichende Erfahrungen, um ein erschöpfendes Urtheil zu ermöglichen.

Indess lässt sowohl die Wirkung gewisser Eingriffe an den übrigen Schleimhäuten als auch unsere (Fall X) und fremde Erfahrung an den einschlägigen Fällen die Annahme berechtigt erscheinen, dass energische Aetzungen oder Anwendung resorptionsanregender Mittel (Jodglycerin, Jodoform), sowie allgemein roborirende Medicamente (Leberthran) meistens wenigstens eine Besserung erzielen lassen und durch Verhütung gefährlicher Zufälle Nutzen bringen werden. Die Anzahl der für diese Frage verwerthbaren Fälle ist bis jetzt noch eine geringe.

Von der alleinigen allgemeinen Behandlung sahen günstige Erfolge Türck, Jurasz und Rauchfuss.

Die beiden ersteren beobachteten unter langer Anwendung des Leberthrans eine bedeutende Besserung der stenotischen Erscheinungen, und der letztere beseitigte durch Decoct. Zittmanni in 6 Wochen eine hochgradige Kehlkopfverengerung.

Die meisten anderen Beobachter combinirten die interne Medication mit localen Eingriffen, als Bepinselungen oder Aetzungen, erreichten aber nur selten einen nennenswerthen Erfolg, Ziemssen und Holm konnten nur Stillstand und Besserung der Erkrankung bewirken.

Dass es aber wirklich gelingt durch Bepinselungen und Aetzungen allein die lupösen Excrescenzen im Kehlkopfe zur Rückbildung zu bringen, lehrt der Fall Rabenlehner, auf den wir hier ver-

weisen; es schwanden alle Höckerchen auf fortgesetzte Bepinselungen mit Jodtinctur und Lapislösungen oder Zerstörung mit dem Galvanocauter.

Auch Ganghofner behandelte die knotigen Wucherungen und die Verwachsung der Stimmbänder mit Lapis-Aetzungen und dem Galvanocauter und brachte dadurch und durch die mechanische Dilatation die Infiltrate zum Schwunde. Sein Fall ist auch besonders deswegen interessant, weil es ihm gelang, die Stenose durch diese Mittel zu beseitigen.

Alle übrigen Beobachter sahen von ihrer Behandlung keinen oder nur sehr geringen Erfolg.

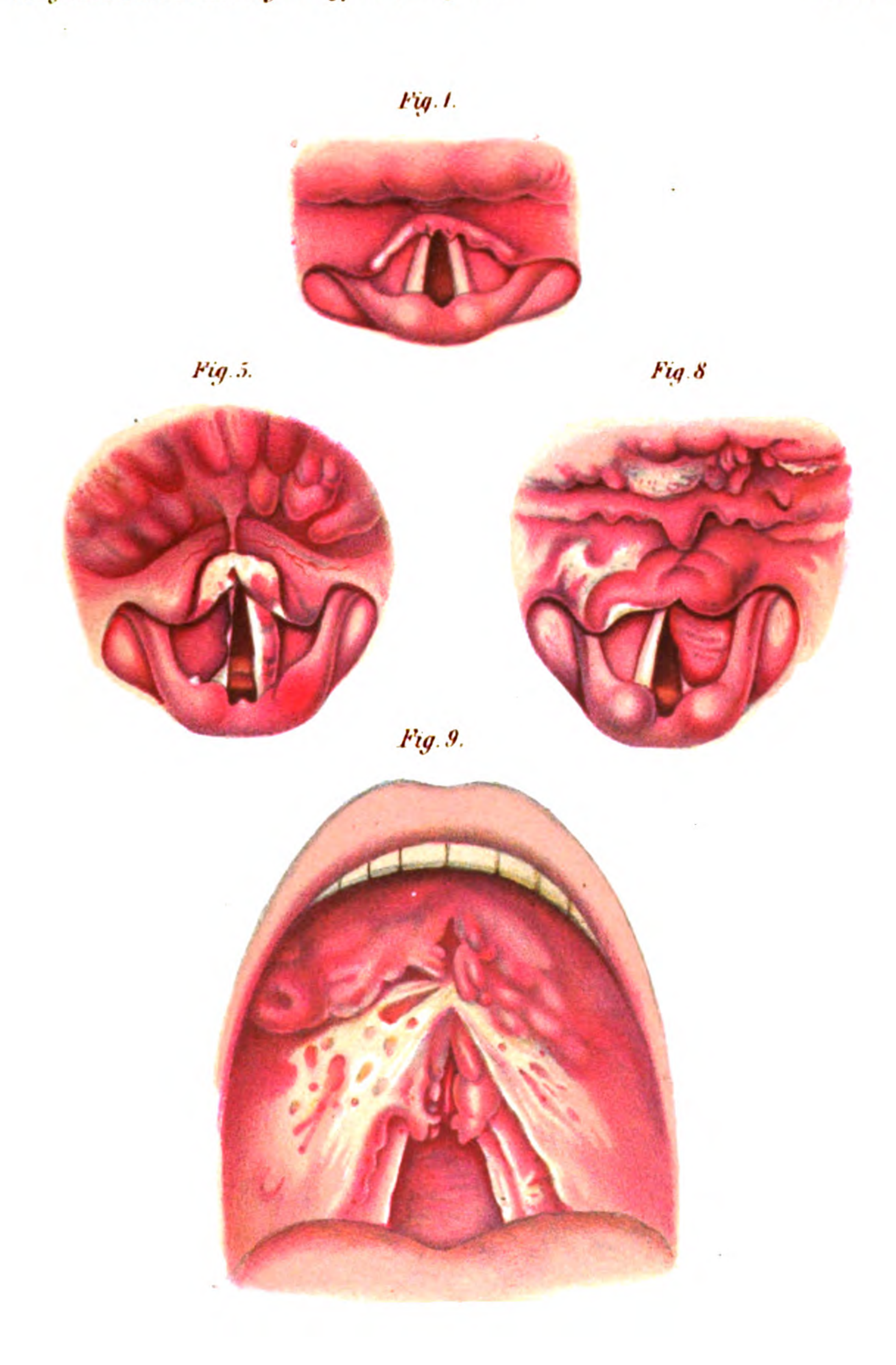
Fernere Beobachtungen, welche sich auf diese wichtige Localisationsform des Lupus vulgaris beziehen, werden in manchen Punkten weitere Aufschlüsse bringen, so namentlich über seine Häufigkeit und über den Erfolg der Therapie genauere Angaben ermöglichen, als sie das bisher vorliegende Materiale gestattet.

Der Umstand, welcher zum grössten Theil an der bisher mangelhaften Kenntniss Schuld tragen dürfte, ist jedenfalls die erwähnte Gepflogenheit, nur diejenigen Lupösen zu laryngoskopiren, die an Functionsstörungen des Kehlkopfes litten. Deswegen kamen die meist nur mit äusserst geringen Störungen oder ohne solche verlaufenden Anfangssymptome gewöhnlich nicht zur Beobachtung.

Wir wünschen daher die Aufmerksamkeit jener Herren Fachcollegen, welche über reichliches Lupusmateriale verfügen, auf diesen Umstand zu lenken und um gef. Mittheilung der Untersuchungsresultate zu bitten.

Schliesslich erlauben wir uns noch, Herrn Prof. Kaposi für die grosse Liberalität, mit der er uns sein reiches Materiale zur Verfügung stellte, und für vielseitige Anregung und Förderung unseren besten Dank auszusprechen.

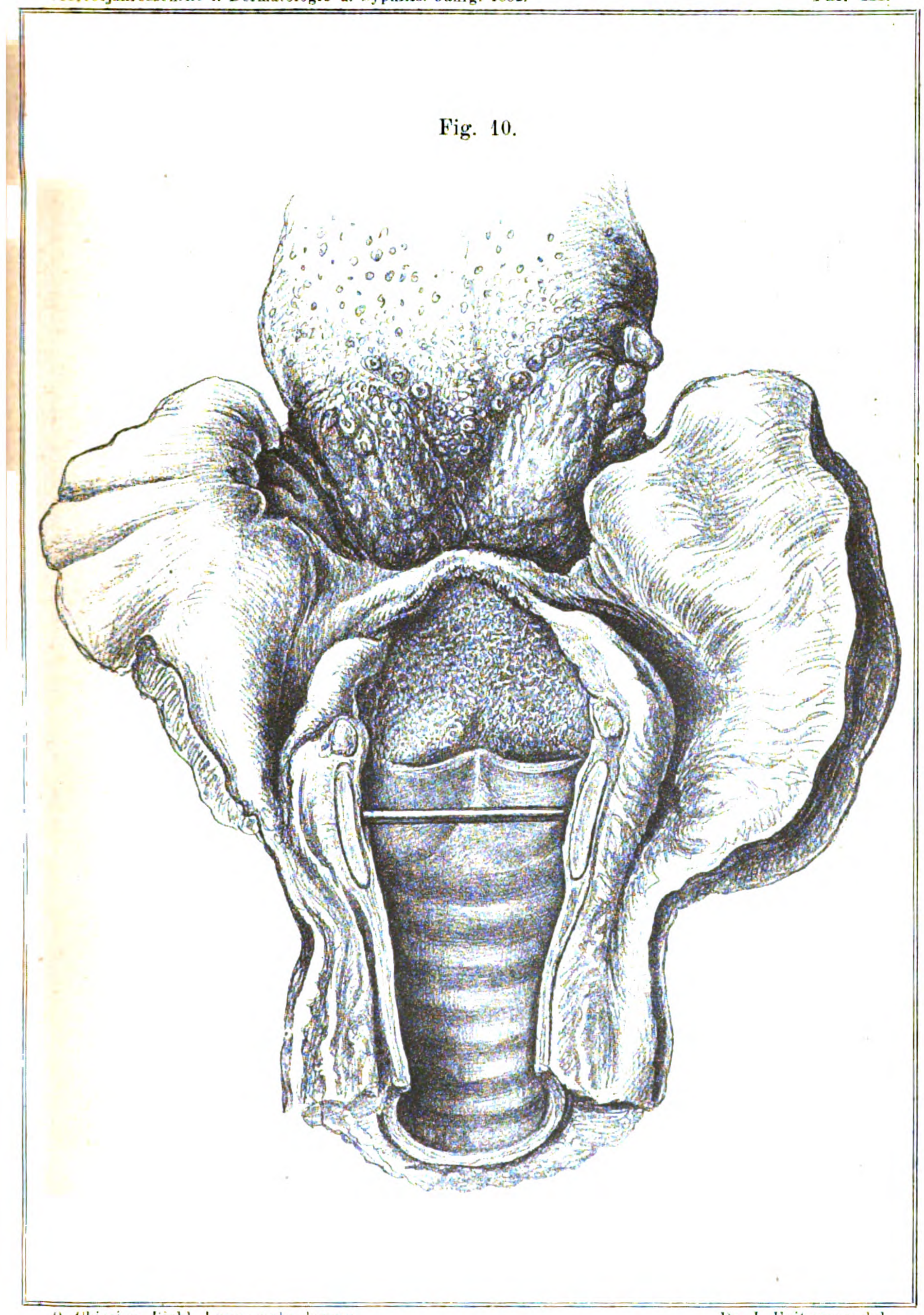




O. Chiari u. Riehl: Lupus vulg. laryngis.

Teuchmann del. lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Fig. 10.



O. Chiari u. Riehl. Lupus vulg. laryng. Dr. J. Heitzmann del.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Sanitra. Vernarbter Defect des Kehldeckels (Taf. VIII).

Fig. 2. Scheit. Papilläre und höckerige Wucherungen an der hinteren Rachenwand, den Lig. pharyngo-epiglotticis und dem Kehldeckel (S. 683).

Fig. 3. Rabenlehner Maria. 16. März 1881. Knotig höckerige Verdickung des Kehldeckelrandes mit Ulceration; zahlreiche papilläre Excrescenzen an beiden falschen und dem l. wahren Stimmbande und dem l. verdickten Aryknorpelüberzuge (S. 684).

Fig. 4. Dieselbe. 6. Juli 1881. Fast alle Wucherungen zurückgebildet (S. 685).

Fig. 5. Dieselbe. 2. Mai 1882. Wulstige Narbe am Kehldeckel. R. falsches Stimmband knotig verdickt. L. falsches Stimmband narbig retrahirt. L. wahres Stimmband leicht narbig mit eingestreuten Lupusknötchen. Am r. Aryknorpel ein weisses conisches Knötchen (Taf. VIII).

Fig. 6. Heinz Eva. 2. November 1881. Rothe Höckerchen auf der linken Vallecula und der linken oberen Kehldeckelfläche. Am l. Aryknorpel und der hinteren Kehlkopfwand kleine Höckerchen. Knotige Verdickung des l. Taschenbandes nach hinten zu (S. 690).

Fig. 7. Dieselbe, 20. Februar 1882. L. Vallecula oberflächlich narbig. R. geröthet, leicht höckerig. Zwei Höcker an der Epiglottis, von denen der linke mit einem Ulcus besetzt ist. Am l. Taschenbande ein graulicher Knoten (S. 691).

Fig. 8. Dieselbe. 6. Mai 1882. Höcker und Ulcerationen am Zungengrunde, den Valleculis und dem wulstigen, geschrumpften Kehldeckel. L. Taschenband verdickt, höckerig (Taf. VIII).

Fig. 9. Heinz Eva. Mai 1882. Isthmus faucium, Velum et palatum durum zeigen theils Narben mit eingesprengten Lupusknötchen und kleinen Plaques, theils grössere und kleinere höckerige Wülste (Taf. VIII).

Fig. 10. Alois Lug. Kehlkopf u. Luftröhre von hinten aufgeschnitten (Taf. IX).



Name des Autors	Alter, Geschlecht des Kranken	Dauer des Lupus der Haut	Dauer des Lupus des Larynx	Sitz an der Haut	Mund-schleim-haut	Zungen-grund	Harter und weicher Gaumen	Hintere Rachen-wand
1. Türck	15j. W.	4 J.	2 J.	L. Arm, Nase	—	Schwellg. d. Drüsen	Ulcera, Defect der Uvula	—
2. Türck	13j. W.	2 J.	½ J.	Oberlippe, l. Wange	—	—	Narbe, Defect. d. Uvula	—
3. Türck	11j. W.	3 J.	3 J.	Gesicht	—	—	—	—
4. Türck	45j. M.	Seit Jahr.	1 J.	Lippen, Nase	—	Schwellg. d. Drüsen	Fleischwärzchenähnl. Wucherungen. Ulcera	—
5. Stoerk	20j. W.	Seit Jahr.	—	Gesicht	—	—	—	—
6. Tobold	Arbeiter	—	—	Nase. Lippe, Wange	—	—	—	—
7. Tobold	Arbeiter	—	—	Nase. Lippe, Wange	—	—	—	—
8. Ziemssen	12j. W.	—	Seit Jahr.	—	—	—	—	—
9. Grossmann	—	—	—	Hand. Conjunct.	—	—	Narbige Verziehung der Uvula	—
10. Mackenzie	14j. M.	9 J.	—	Nase, Lippen	—	—	—	—
11. Mackenzie	18j. W.	6 J.	—	Nase	—	—	Sehr starke Verdickg. d. Uvula u. Arcus	—
12. Waldenburg	21j. W.	3 J.	—	(Gesicht), Nase	—	—	Defect. d. Uvula, Velum verdickt	—
13. Jurasz	14j. W.	1½ J.	1 J.	Gesicht, Hals	—	—	Defect. d. Uvula, Tumor a. d. l. Tonsille	—
14. Lefferts	44j. W.	31. J.	1 J.	Gesicht	—	Hypertr. d. Wärzchen	Verdickte Knötchen, Granula ulcera	Verdickt Gran. Ulc.
15. Critchett	W.	9 J.	—	—	—	—	—	—
16. Gerhardt	21j. W.	—	Seit mehr. Jahr.	—	—	—	—	—
17. Rauchfuss	10j. W.	—	—	—	—	—	Defect und narbig	—
18. Holm	18j. W.	9 J.	—	Nase, Wange. Lippen	Lippe, Zahnfl.	—	—	—
19. Holm	41j. W.	29. J.	—	Nase, Wange, Oberlip	Lippe, Zahnfl.	—	Uvula narb. Sonst infiltrirt knotig ulcerirt	—
20. Holm	14j. M.	1½ J.	—	Nase. Wange, Oberlip.	—	—	Uvula ulcerirt. Sonst infiltrirt	—
21. Holm	18j. W.	6 J.	—	Nase, Wange, Oberlip.	Lippe, Zahnfl.	Knotenbildung	Uvula knot. Sonst infiltr. m. Lupusknötch.	—
22. Holm	28j. W.	Seit Kindh.	—	Nase, l. Wange	—	—	Schwellung, Knoten	Narben. Hypertr.
23. Gangshofner	12j. M.	—	2 J.	—	—	Narbe	—	—
24. Virchow	—	—	—	—	—	Narbe Höcker.	—	—
25. Thoma	17j. M.	Seit Jahr.	—	Gesicht	Zahnfleisch	—	Velum stark gewulstet	Narben
26. Eppinger	—	—	—	Gesicht	—	—	—	Polypöse Wucherg.
27. Idelson	—	—	—	—	—	Follikel geschwellt	Höckerige Wucherungen a. d. Tonsillen	Verdickt Ulceration
28. Idelson	—	—	—	—	—	—	—	—
29. Idelson	—	—	—	—	—	—	Defect a. l. Arc. pal. phar.	—

Epiglottis	Stimmbänder	Aryknorpel, ary-epiglottische Falten	Heiser-keit	Athembe-schwerden	Schling-beschwer-den	Erfolg der Therapie
Ulceröser Defect, Wulstung, Narben	—	Gewulstet	0	0	2 Jahre	—
Dreieckiger Defect, verdickt, drusig	Weiss belegt	Stark gewulstet	Stark	—	—	—
Defect d. ober. Theiles, kleine Excrescenzen	Geschwellt uneben, Excrescenzen	Zwischen d. Aryknorpeln grosse Wülste	Stark	Stark	—	1 J. Leberthran, Athembeschwrd. vermindert
Ulceröser Defect	Nicht zu sehen	Grössere und kleinere auch ulcer. Wucherg.	Stark	Stark	—	—
Geschrumpft, zapfenförmige Granulationen	Durch zapfenförm. Wucherung. ersetzt	Unbewegliche Wülste	Aphonie	Sehr stark	—	—
Uneben gewulstet, exulcerirt, narbig	—	—	—	—	—	—
Uneben gewulstet, exulcerirt	—	—	—	—	—	—
Defect an d. l. Seite, Granulationen	L. Taschenband m. Granulation.besetzt	L. ary-epigl. Falte, Granulationen	Stark	—	—	Stillst. d. Proc. d. Leberthr. u. Aetz.
Defect des Randes	Uneben höckerig frei beweglich	—	—	—	—	—
Verdickung und Ulceration	—	Leichte Schwellung	Rauhe Stim.	—	Verschlukken	Nach 2 Jahren kein Erfolg
Unbewegl. verdickt, narbig u. r. m. Knot. besetzt	Nicht zu sehen	Schwellung	Leicht	—	Leicht	In 7 Monaten kein Erfolg
Verdickt gewulstet	A.d. Morgagnischen Ventr. Exc. hervorr.	Zwisch. d. Aryknorpl. pyramidale Excresc.	—	—	—	Kein Erfolg
Fast ganz defect, Rest sehniger Wall.	Narben vorne u. hinten verwachsen	Stark verdickt abgerundet	Stark	Stark	—	1 J. Leberthr. Besserung d. Athmg.
Wulstig, granul., ulcer.	Normal	Verdickt, Excrescenzen, Ulcerationen	—	—	Stark	Kein Erfolg
—	Ulcera unbeweglich	Defecte der Plicae ary-epigl.	Aphonie	—	—	—
Defect narb., Anlöthung an die Zunge	Zackiger Defect d. l.	Incisura aryt. vernarbt	Stark	—	—	—
Defect narbig, verdickt, drüsig, grobkörnig	Nicht zu sehen	Geschwellt, grobkörnig und warzig	Stark	Stark	—	Decoct. Zittmann 6 W. Besserung
Unregelmässig infiltrirt	—	—	—	—	—	Wenig oder kein Erfolg
Knotige, unregelmässige Narbe	—	—	—	—	—	
Defect d. Hälfte, Rest infiltrirt, ulcerirt	Infiltrirt geröthet ulcerirt	Geschwellt	—	—	—	
Verdickt, granulirt, knotig	Schwellung der Taschenbänder	—	—	—	—	
Knoten u. Infiltration d. Lig. gloss. epig. lat. dext.	—	—	—	—	—	
Rechts Granulationen, links narbiger Defect	Verdickt höckerig, vorne verwachsen	Knötchen, Granula, Knoten	Stark	Stark	Stark	Heilung d. Stenose in 2 Monaten
Sehr verdickt, Rand wulstig	Ulcera an den Processus vocales	Knotige Verdickung bis in die Trachea	—	—	—	—
Dicker, derber Wulst.	Verdeckt	Infiltrirt, ödematös	—	—	—	—
Verkürzt, verdickt, ulcerirt	Wülste u. warzenähnliche Wucherg.	D. Aryknorp. exfoliirt, die Plicae wulstig und mit Granulis besetzt	—	—	—	—
Verdickt, papilläre Excrescenzen	Höckerig, uneben	Papilläre u. knotige Excrescenzen	—	—	—	—
—	Von da bis in d. Trachea Ulcer. u. Def.	—	—	—	—	—
Defecte und Ulcera	Defecte d. Taschenbänder	—	—	—	—	—

Die Mercurseife (Sapo mercurialis), ein neues und praktisches Ersatzmittel für die Mercursalbe.

Von

Dr. Oberländer
Königl. Polizeiarzt in Dresden.

(Vortrag gehalten im Verein für Natur- und Heilkunde in Dresden.)

Die ausserordentlich stark verbreitete äusserliche Anwendung des Mercurs in Form der grauen Salbe mag es gerechtfertigt erscheinen lassen, dass eine neue Anwendungsform dieses Heilmittels, die schon auf den ersten Blick praktisch erscheinen muss, der Leserwelt eines so verbreiteten wissenschaftlichen Blattes zur Kenntnissnahme und unparteischen Prüfung vorgelegt wird. Jedem beschäftigten Praktiker und namentlich dem Syphilidologen kommen häufig genug Fälle vor, in denen er wegen zu starker Irritabilität der Haut und schlechter Resorptionsfähigkeit derselben genöthigt ist, eine Quecksilbereinreibungskur zu unterbrechen; oder die Kranken klagen darüber, dass die Einreibungen, welche in der Mehrzahl der Fälle doch persönlich auszuführen sind, sie zu sehr anstrengen, da die Salbe bei längere Zeit fortgesetzten Einreibungen unbedingt viel schwerer in die Haut aufgenommen wird, so dass schon dadurch die letztere schmerzhaft gereizt wird. Wenn man also einen Ersatz für die graue Salbe hätte, welcher ebenso haltbar wäre wie diese, mit viel weniger Anstrengung sich in die Haut einriebe, in bedeutend kürzerer Zeit also dieselbe Quantität Mercur dem Körper einverleibte, ausserdem in Folge des eben Gesagten die Haut weniger reizte, weniger leicht Zersetzungen ausgesetzt wäre, so hätte das neue Präparat, die Mercurseife, ent-



schiedene Vortheile vor der bisher benützten grauen Salbe. Mich über Vortheile der Schmierkur bei constitutioneller Syphilis zu verbreiten, liegt in meiner Absicht jetzt nicht; es gibt eine Anzahl anderer ebenfalls zuverlässiger Methoden, immerhin aber ist sie noch die gebräuchlichste, für den Patienten einerseits am wenigsten schmerzhafte im Vergleich mit den Injectionskuren und ebenso die am wenigsten nachtheilige im Vergleich mit den längere Zeit dargereichten innerlichen Mitteln, schliesslich zweifellos die wirksamste. Ebenso gern würde es auch in den Fällen innerer Erkrankungen begrüsst werden, wenn es gelungen wäre eine wesentlich weniger reizende und leichter zu resorbirende Form der Mercureinverleibung zu finden, denn es ist wohl als feststehend zu betrachten, dass es der Mercur ist, welcher auch in diesen Fällen als wirkendes Agens auftritt. Die officinelle graue Salbe wird bekanntlich durch Verreiben des regulinischen Quecksilbers mit Talg, Schweinefett und etwas fertiger grauer Salbe bereitet. Sie stellt also ein inniges Gemenge äusserst fein vertheilten Quecksilbers und Fettes dar, so dass man mit der Loupe keine Quecksilberkügelchen mehr erkennen darf. Nach einiger Zeit geht das Präparat Veränderungen ein, es oxydirt an der Oberfläche. Derartige Salbe erzeugt auf der Haut sehr oft die sogenannten Mercurialeczeme, die übrigens noch häufiger, wie später erwähnt werden wird, aus anderen Ursachen entstehen können, sie hat ferner ein grauschwarzes Aussehen und verreibt sich schwer oder gar nicht auf der Haut, auch scheint sie weniger wirksam zu sein. Ueber die chemische Beschaffenheit und Wirksamkeit solcher Quecksilberoxydsalbe ist von Bärensprung, Donavan und Buchheim vor circa 30 Jahren eine grosse wissenschaftliche Controverse geführt worden, welche damit endete, dass für therapeutische Zwecke der Gehalt der grauen Salbe an fettsaurem Quecksilberoxydul völlig gleichgiltig ist, im Gegentheil hätte dasselbe mehr Unzuträglichkeiten im Gefolge und wirke entzündend auf die Haut; ganz abgesehen davon, dass sie theurer herzustellen gewesen wäre.

Eine andere Serie der Literatur, die sich bis auf die allerneueste Zeit erstreckt, beschäftigt sich mit der Aufnahme der grauen Salbe beim Einreiben in die Haut und deren Schicksalen im Organismus.

Voit [1]) sah in der Haut des Armes einer frisch hingerichteten Person, der er graue Salbe eingerieben hatte unter dem Mikroskop, „die ganze Epidermis mit einer Menge von kleinen schwarzen Körnchen durchsäet, die sich an einzelnen Stellen reichlicher zu schwarzen Klumpen anhäuften; die schwarzen Pünktchen erstreckten sich bis zu den Papillen und einzelne lagen sogar im Corium drin. Bei der Umkehr des Spiegels konnte man hie und da an denselben ganz schwachen metallischen Glanz wahrnehmen; ein eigentliches glänzendes Metallkügelchen bekam er jedoch nirgends zu sehen“. Voit will damit vor Allem den Beweis geführt haben, dass das Quecksilber, wenn es bis zu den Säftebahnen im Corium und dort mit dem Blute und der Ernährungsflüssigkeit, mit einem Worte in den mächtigen Oxydationskreis des Organismus kommt, bereits chemisch verändert ist.

Ueber die Art und Weise, wie das Quecksilber in die Circulation löslich aufgenommen wird, existiren mehrere Ansichten, zwei ältere von Voit und Overbeck, die nicht sehr von einander abweichen. Das Wesentliche bei beiden ist, dass das regulinische Quecksilber oxydirt werde respective Ozon erzeuge, die Blutkörperchen auflöse und mit dem Chlor des Chlornatriums derselben eine Chlornatrium-Quecksilberoxydalbuminat-Verbindung eingehe. Auch über die weiteren Schicksale des Quecksilbers im Organismus ist viel geschrieben worden, doch würde es zu weit führen, dieselben zu erwähnen [2]). Ich hätte dem Leser die ganze Theorie ersparen können, wenn nicht eine dritte Ansicht über die Quecksilberaufnahme in den Körper existirte, welcher auch Nothnagel und Rossbach in ihrem Handbuche der Arzneimittellehre — Berlin 1880 — beipflichten zu müssen glauben, nämlich die von Kirchgässer; die Originalarbeit ist mir leider unzugänglich geblieben. Darnach soll der Haut als aufnehmendem Organe keine wesentliche Rolle zufallen, sondern das Quecksilber soll sich bei der Einreibung auf der Haut in Dampfform ver-

---

[1]) K. Voit, Physiologisch-chemische Untersuchungen. Augsburg 1857. Seite 93.

[2]) cf. Oberländer, Versuche über die Hg-Ausscheidungen durch den Harn nach Hg-Kuren. Diese Vierteljahresschrift 1880.

flüchtigen und in der Hauptsache durch die Lungen als Mercurdampf aufgenommen werden.

Die Ansicht hat in der Praxis nur wenig Anhänger erworben und sich durch vergleichende Experimente, die genau und wissenschaftlich ausgeführt worden sind, nicht als durchführbar erwiesen. So machten Vajda und Paschkis[1]) Untersuchungen mit der Luft eines Zimmers, welches zwei Kranken, an denen eine starke Einreibungskur mit grauer Salbe 10 Tage lang vorgenommen wurde, zum Aufenthalt diente. Dabei wurde das Zimmer nicht gelüftet und alle Thür- und Fensterritzen mit Baumwolle sorgfältig verstopft, die Luft wurde mittelst eines Gasometers ausgesaugt und vor der Untersuchung gereinigt. Beide Kranke bekamen starke Stomatitis mercurialis, Mercurdampf konnte aber weder in der Luft, noch in verschiedenen Flüssigkeiten, welche mit grosser Verdunstungsoberfläche in diesem Zimmer aufgestellt waren, nachgewiesen werden.

Noch viel unwahrscheinlicher und unhaltbarer wird die Kirchgässer'sche Ansicht durch die Versuche von Wings[2]). Derselbe hat auf Grund genauer Abdunstungsexperimente berechnet, wieviel Quecksilber bei den gewöhnlichen Frictionen wirklich verdunsten kann. Die Quantität ist, wie die nachstehenden Zahlen beweisen werden, abgesehen von der eminenten Diffusionsfähigkeit des Quecksilberdampfes eine so kleine, dass sie bei der Menge des wirklich bei dem Einreiben verschwundenen Quecksilbers kaum in Betracht kommen kann. Wings berechnet die Menge des verdunsteten Mercurs beim Frottiren während $^1/_2$ Stunde auf circa 0,0052, während bei einer Dosis von nur 3,0 Gr. Ungt. ciner. circa 1,0 Gr. metallisches Quecksilber wirklich incorporirt wird. Die Mercurseife verreibt sich in circa $^1/_5$ der Zeit auf der Haut wie die Salbe, also würde dabei die Verdunstungsmenge noch geringer sein müssen. Mit den praktischen Anschauungen ist also die Verdunstungstheorie schwer in Einklang zu bringen. An der-

---

[1]) Ueber den Einfluss des Hg auf den Syphilisprocess mit Berücksichtigung des sogenannten Mercurialismus von Dr. Vajda und Paschkis. Wien 1880.

[2]) Ueber Abdunstung des Quecksilbers aus dem bei der Inunctionskur in Anwendung kommenden Unguentum hydr. ciner. Von Dr. Wings. — Diese Vierteljahresschrift 1881.

selben Stelle der Pharmakologie von Nothnagel und Rossbach bekommt aber die Anwendung der grauen Salbe selbst den Todesstoss; es wird von ihr gesagt, dass die therapeutische Beibehaltung der grauen Salbe gegen alle Regeln der rationellen Pharmakologie verstosse und dass es an der Zeit wäre, dieselbe auszumerzen. Die Anwendungsweise wäre unreinlich und umständlich, sowie die Schlammbäder. Was die Unreinlichkeit anbelangt, so ist daran etwas wahres, aber was sollten wohl die praktischen Aerzte einem floriden Syphilisfall gegenüber Anderes machen, wenn nun einmal nicht gerade injicirt werden soll und kann, als eine Einreibungskur insceniren? Wo bliebe Aachen mit seinen therapeutischen Resultaten ohne massenhafte graue Salbe? Auch die anderen Gründe, welche an dieser Stelle gegen die Einreibungskur vorgebracht werden, sind infolge der unzulänglichen Kirchgässer'schen Dunstaufnahmetheorie nicht ganz stichhaltig. Da also vorläufig noch die Schmierkur der Syphilis gegenüber als ein tüchtiges praktisches Mittel gilt, so muss eine Verbesserung derselben ebenfalls willkommen geheissen werden. Bei dem Vorschlage der Verbesserung der üblichen Quecksilbereinreibung kam es andererseits darauf an, dass man ein besseres Vehikel für den Mercur gefunden hätte, welches der Haut adäquater wäre, als das ranzige Fett der Salbe. Ich glaubte dies in der sogenannten Hebra'schen Seife gefunden zu haben. Dieselbe wird durch Verseifen von Oleum olivarum provinciale und Kali causticum dargestellt und zwar muss dabei besonders peinlich darauf Rücksicht genommen werden, dass die Seife vollständig neutral reagirt, also kein freies Alkali mehr enthält.

Die gewöhnliche Schmier- oder grüne Seife ist bekanntlich keineswegs so sorgfältig hergestellt. Von Hebra wurde das so bereitete Präparat schon vor langer Zeit in die Praxis eingeführt und als Epidermis erweichendes Mittel bei allen Fällen, wo es nur irgend darauf ankam, reizlos und erweichend auf erkrankte Hautstellen einzuwirken, mit grossem Erfolge angewendet; namentlich so auch als Salbenconstituens, Pflaster, haftenbleibende Einreibung u. s. w. In der That kann man sich zu diesem Zwecke kein angenehmer wirkendes Mittel denken [1]). Die ersten Her-

[1]) cf. Berliner klinische Wochenschrift Nr. 88. Prof. H. Senator, über die therapeutische Anwendung der Schmierseife.

stellungsversuche der Quecksilberseife misslangen, bis Herr Medicinalassessor Herklotz, der Mitinhaber der hiesigen Löwenapotheke, eine geringe Quantität Glycerin beim Verreiben hinzusetzte, alsdann ging dasselbe aber ebenso rasch wie bei der grauen Salbe von statten. Das Verhältniss von Mercur und Seife nahm ich 1 : 3, so dass man annähernd dieselbe Quantität Seife wie Quecksilbersalbe bei der Schmierkur nöthig hatte. Das neue Präparat hat eine dunklere Farbe als die Salbe, da die Hebra'sche Seife dunkelbraungelb ist, zwischen den Fingern fühlt es sich fester an und hinterlässt natürlich ein seifiges Gefühl zwischen den Fingern. Im Gegensatz zum ranzigen Fett der Salbe hat es einen nicht unangenehmen Geruch, was den einzureibenden Patienten ebenfalls nur willkommen sein wird. Zum Ueberfluss habe ich noch einige Tropfen Ol. lavandulae hinzusetzen lassen. Wie schon erwähnt braucht man, wenn ordentlich eingerieben wird, im Verhältniss zur grauen Salbe etwa den 4. bis 5. Theil der Zeit, um die Mercurseife zu incorporiren. Also circa 2—4 Minuten. Es ist dies auch in der Beziehung ein grosser Vortheil, weil je länger die Patienten einreiben oder eingerieben werden, desto eher ausgedehnte Hautreizungen entstehen; Vorkommnisse, welche beim Einreiben von Mercurpräparaten unter Umständen, wie noch erwähnt werden wird, ja nie ganz zu umgehen sind, zweifelsohne aber viel mehr aus der eben erwähnten Ursache beim Gebrauche der grauen Salbe als der Mercurseife zu erwarten sein würden. Der grösste Theil der jedesmal einzureibenden Dosis incorporirt sich sehr rasch, der Rest wird dann etwas zäher und klebt den Haaren an; diesem Uebelstande hilft man dadurch ab, dass man die einreibende Hand mit etwas Wasser benetzt oder noch besser die Hautstellen, welche eingerieben werden, mit etwas Wasser bespritzt. Unter Bildung eines leichten weisslichen Schaumes verschwindet alsdann auch der Rest rasch. Die Zuhilfenahme des Wassers ist zum raschen Verreiben unbedingt nothwendig.

Im Anfang dieses Jahres berichtete Dr. Schuster in Aachen[1]) von einem neuen Mercurpräparate, ebenfalls einer Seife „savon napolitain“, die er in der Charcot'schen Poliklinik der Salpetrière

[1]) Diese Vierteljahresschrift 1882. 1. Heft.



gesehen hatte. Dieselbe war in Brodform und im Gewicht von 20 Gramm abgetheilt, der vierte Theil, 1,0 Gr. hydrarg. enthaltend, wurde allemal zu einer Einreibung benutzt. Dr. Schuster schreibt darüber: „Die Mercurseife verseift mit Wasser angefeuchtet wie jede andere Seife; wird sie in einem Schüsselchen unter Wasser angerührt, so sinkt das Quecksilber als grauer Schlamm zu Boden; sie lässt sich auf der Haut wie jede andere Seife verseifen; es bleibt, wenn das Wasser verdunstet ist, die Seife als schmutzig graue trockene Lage auf der Haut liegen, die nun jeder Zeit mit Wasser wieder unter Zurücklassung der reinen Haut abgewaschen werden kann". Verfasser hat alsdann mehrere Versuche in Bezug auf die Verwendbarkeit dieser Seife gemacht und zwar namentlich hinsichtlich der jetzt nicht in Betracht kommenden Wiederausscheidungen des Mercurs. Die französische Seife hat augenscheinlich den Nachtheil, dass sie sich nicht so gut und sicher verreiben lässt, als die meinige, von der fast gar nichts, kaum ein lichtgrauer Schein, auf der Haut zurückbleibt. Auch steht über den eigentlichen mechanischen Vorgang bei der Einreibung nichts Näheres in dem Artikel. Ebenso erscheint mir das Zurückbleiben des Seifenschaumes auf der Haut und die Verschäumung eines grossen Theils der Seife nicht exact genug in Bezug auf die therapeutische Verwendung und würde wohl noch viel weniger die Anerkennung der Pharmakologie haben.

Dr. Schuster selbst scheint auch nicht vom Erfolg befriedigt gewesen zu sein, da er in einem etwas dringlichen Falle Salbe anstatt der Seife wieder anwenden liess, in einem anderen von halbenstundenlangen Einreibungen über grosse Hautflächen berichtet.

Ein anderweiter Ersatz für die graue Salbe ist das Hydrargyrum oleinicum, welches durch Verschmelzen von Quecksilber und Stearinsäure dargestellt wird. Auch dieses Präparat reibt sich schon schneller ein als die graue Salbe, aber lange nicht in so kurzer Zeit als die Mercurseife, zudem ist es nicht so sehr haltbar und scheidet bereits in 6—8 Wochen das Quecksilber wieder aus, so dass das Präparat, welches im gebrauchsfähigen Zustande von bernsteingelber, geléeartiger Beschaffenheit ist, graustreifig wird. Ich habe dasselbe mehrere Jahre ausschliesslich in der Praxis verwendet und bin verhältnissmässig sehr zufrieden mit



demselben gewesen. Auch hat es die Vorzüge, dass es nicht riecht und nicht schmutzt.

Soweit bis jetzt meine praktischen Erfahrungen mit der Mercurseife reichen, ersetzt sie natürlich in ihrer Wirksamkeit die Einreibungen mit der grauen Salbe vollkommen, es wäre sogar vielleicht möglich, dass die Mercurwirkung darnach rascher und kräftiger wäre, als nach den Salbeeinreibungen, da durch die gleichzeitigen Seifeeinreibungen die Haut erweicht und congestionirt wird, und dadurch so eingreifende Stoffwechselvorgänge, wie sie bei der Aufnahme des Mercurs in den Organismus vorausgesetzt werden müssen: Zersetzung von eiweisshaltigen Substanzen in der Nährflüssigkeit, eher beschleunigt als verhindert werden müssen. Würde dies der Fall sein, so stünde weiterhin in Aussicht, dass man die Dosis des Quecksilbers in der Seife und die Menge des zu verbrauchenden Quecksilbers bei Einreibungskuren mit Erfolg ebenfalls herabsetzen könnte. Denn zuerst kommt es bekanntlich bei Behandlung der Syphilissymptome darauf an, rasch eine reichliche Quecksilberwirkung auf den Krankheitsprocess zu erzielen, die bei starken Salbendosen eher und auch kräftiger eintritt. Die zumeist üblichen Dosen für die Einreibungen sind bekanntlich nicht klein, so schreibt v. Sigmund in der Regel nicht unter 2,5 Gr. 2 Mal täglich vor, in Aachen lässt man unter Umständen noch einmal so viel einreiben.

Was das Eintreten von Mundentzündungen oder Speichelfluss nach dem Gebrauche der Sapo mercurialis anbetrifft, so lässt sich etwas Besonderes darüber nicht sagen. Die constitutionell syphilitischen Kranken, an denen ich die Kur vornehmen liess, befanden sich alle in möglichst günstigen äusseren Verhältnissen zur Zeit der Einreibungen; in gut gelüfteten Zimmern, am Tage in der Lage sich ausserdem den reichlichen Genuss frischer Luft zu verschaffen, und von besonders schwächlicher oder anämischer Constitution befand sich zufällig keiner darunter. In Folge dessen hatte ich mich auch nicht ein einziges Mal über auftretende Quecksilber-Mundentzündungen oder gar Speichelfluss zu beklagen; andererseits ist es mir nicht im mindesten zweifelhaft, dass sich solche Fälle bei dazu neigenden Individuen und ungünstigen äusseren Verhältnissen, z. B. in schlecht ventilirbaren und ventilirten Krankenhausräumen einstellen würden, wie ja solche Vorkomm-



nisse überhaupt in der weitaus grössten Mehrzahl aller Fälle ein Merkmal unzweckmässiger Wahl der Methode und unpassender Pflege sind. — Die anhaltendsten und schwersten Mundentzündungen nach Quecksilberkuren und der eigentliche Speichelfluss werden in der Regel nur bei solchen Individuen beobachtet, die eine Idiosynkrasie gegen Quecksilber haben. Es ist dann gleichgiltig, ob man dieselben eine Schmierkur beginnen, oder ein paar Decigramm Calomel nehmen lässt, oder ob man ihnen Peptonquecksilber unter die Haut spritzt, der Effect bleibt der gleiche unangenehme. Bei gehöriger Pflege des Mundes und der Zähne und einer sorgfältigen Ueberwachung der Kur, die man bei beginnender Schwellung des Zahnfleisches und Schmerzhaftigkeit der Zähne sofort zu unterbrechen oder herabzusetzen hat, sind schwerere Intoxications - Erscheinungen nicht zu erwarten.

Es ist selbstverständlich, dass ich in diesen paar Worten nicht Verhaltungsmassregeln für alle denkbaren Fälle habe geben wollen oder können. Es gibt aber auch noch andererseits Leute mit so empfindlicher Haut, dass das Einreiben einer Fettsalbe bei ihnen schon genügt, um Hauterythem mit oder ohne Eczem und Pustelbildungen zu erzeugen, solche und ähnliche Individuen werden selbstredend auch keine geeigneten Objecte für eine Einreibungskur mit Mercurseife abgeben, ebensowenig wie sie sich für den Gebrauch von grauer Salbe in einer solchen Form qualificiren. Eine Hauptsache für die gute Wirksamkeit des neuen Präparates wird natürlich die Verwendung einer vollkommen neutralen, der sogenannten Hebra'schen Seife sein.



Ueber Urticaria factitia.

Von Prof. **J. Caspary** in Königsberg.

Der Fall der „Femme autographique", von dem in Paris so viel Aufhebens gemacht wurde (Annales de Dermat. et de Syphiligraphie 1880 p. 107) und dem auch Schwimmer soeben eine ausführliche Besprechung zu Theil werden liess (Die Neuropathischen Dermatonosen p. 91), hatte in mir den Wunsch rege gemacht, einen an Urticaria factitia Leidenden zu chloroformiren. Wenn bei vollkommener Anästhesie das Druckphänomen ebenso hervortrat, so war der Unterschied zwischen jener berühmten Frau und dem Experimentalobject, dessen Befund voraussichtlich zu generalisiren war, gehoben. Meine Vermuthung hat sich vollkommen bestätigt. Ich behandle seit kurzem einen 26jährigen, kräftigen Mann, der vor zwei Jahren und vor einem Jahre kurze Urticariaschübe aus unbekannter Ursache durchgemacht haben will, und der seit einem Jahre sich sehr „nervös" fühlt, bei geringstem Anlass stark erregt wird und bei jeder Erregung am ganzen Gesicht stark, am übrigen Körper kaum schwitzt. Dieser Patient, an dem ich sonst keinerlei Abnormität nachweisen konnte, zeigt nun die Urticaria factitia in selten schöner Weise. Etwa eine halbe Minute bleibt der Eindruck, den der scharf aufgesetzte Nagel oder irgend ein stumpfes Instrument an jedem beliebigen Theile der Haut (auch Palma manus und Planta pedis werden in derselben Weise, nur viel unscheinbarer afficirt) macht, bleicher als die Umgebung. Inzwischen hat sich, gleich nach dem Trauma und von dessen Stelle beginnend, eine leichte diffuse Röthung rings umher in der Ausdehnung von 6—8 Ctm. eingestellt, die zugleich mit der Hebung und Röthung der Druckfurche sich verschmälert und intensiver röthet. Dann tritt in wenigen Minuten inmitten das acute Oedem ein, genau in der vorgeschriebenen Linie, aber



in der Breite von 4—6 Mm., 2—3 Mm. hoch. Nach etwa 15 Minuten ist die umgebende Röthung verschwunden, nur die „saillie blanche" persistirt Stunden lang, allmählich abnehmend. Dass die beliebigsten Buchstaben und Zahlen und Figuren auf diese Art hervorgelockt werden können, ist gerade wie in allen ähnlichen Fällen; nur die Intensität der Erscheinung, die Breite und Höhe der Figur und die Spannung der Haut darüber ist ungewöhnlich.

Diesen Kranken habe ich unter sicherer Assistenz tief chloroformirt. Wohl während einer Minute war die Cornea und die Conjunctiva absolut anästhetisch, jede Lebensäusserung ausser Athem und Herzschlag geschwunden. Nunmehr trat das Phänomen gerade so schön ein wie je zuvor. Damit ist jeder Unterschied zwischen der an hysterischer Anästhesie leidenden Femme autographique und meinem Patienten, und wahrscheinlich auch den meisten oder allen übrigen der landläufigen Fälle von Urticaria factitia, mag Hysterie oder chronische Urticaria oder Anderes die Ursache sein, gehoben. — Eine örtliche Anästhesirung durch Auflegen von Eis oder durch Anwendung des Aethersprays verzögerte natürlich die artificielle Quaddelbildung, weil die Hautstelle anämisch war. Aber sobald der Rückfluss des Blutes stattfand, kam die Transsudation zu Stande, nur dass inmitten des Kälteerythems die anfängliche Röthe nicht zu beobachten war. Aber ich erwähne das nur nebenher; die hysterische Anästhesie ist doch wohl als eine psychische aufzufassen und darum mit der durch Chloroform erzeugten ganz in eine Reihe zu stellen.

Viel wichtiger wäre es, wenn die tiefe Narkose Aufschluss geben könnte, ob es sich in solchen Fällen um reflectorische Thätigkeit der vasomotorischen Centren handelt, oder ob die peripheren Gefässnerven selbstständig auf den Reiz antworten — gleichviel bei letzterer Annahme, ob gefässerweiternde Nerven gereizt oder die Constrictoren gelähmt werden; ob man mit Goltz anatomisch nicht erweisbare Ganglien annimmt oder mit Grünhagen activ sich verlängernde Muskeln thätig sein lässt. — Es liegt ja nahe, wie bei der Urticaria nach Ingestis, bei Uterinleiden und sonst, auch hier an Vermittlung der Centren zu denken; aber denkbar wäre ja ein rein peripheres Abspielen des Processes auch. Sieht man nun bei tief Chloroformirten jede Reflexbewegung bei Reizung sensibler Fasern aufhören; nichts fortdauern, als Athem-



und Herzbewegungen, so liegt ja die Frage nahe, wie sich die vasomotorischen Centren verhalten. Die Experimente von Heidenhain und Cyon haben nach Blutdruckmessungen diese Frage dahin beantwortet, dass auch in der Narkose die vasomotorischen Centren weiter fungiren gleich denen für Respiration und Circulation. Ich habe doch der Versuchung nicht widerstehen können, nachzusehen, ob bei tiefer Narkose die Sympathicusdurchschneidung aufhört, den bekannten Effect am Kaninchenohre herbeizuführen. Das ist aber nicht der Fall. Nachdem ein kräftiges Kaninchen (durch Chloralinjection und Aethereinathmung) absolut narkotisirt war, so dass nicht nur die Cornea, sondern auch die inneren Lidwinkel vollkommen anästhetisch waren, gab die Durchschneidung des einen Sympathicus ganz das alte Resultat: sofort füllten sich die Ohrgefässe der verletzten Seite strotzend, während das andere Ohr anämisch blieb. Sonach gibt die Narkose keinen Aufschluss — wenigstens für den Sympathicus des Kaninchens; es ist wohl anzunehmen, dass die vasomotorischen Centren durch die Narkose nicht ausgeschaltet werden.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Syphilis.

1. **Marchiafava.** Ueber den Micrococcus der Gonorrhöe. (Gazzetta degli Ospedali, Ann. III. Nr. 21. 1882.)
2. **Bockhart.** Beitrag zur Aetiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers. (Sitzungsb. d. Würzb. Phys.-med. Ges. vom 23. Sept. 1882.)
3. **Güntz.** Ueber die Seltenheit des weichen Schankers. (Berl. klin. Wochschr. Nr. 48. 1882.)
4. **Weintraub.** Ueber die Heilkraft des Jodoforms bei der localen Behandlung syphilitischer Geschwüre. (Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie. Bd. XXI. 1881.)
5. **Boeck.** Die Behandlung der suppurirenden Bubonen. (Tidsskrift for praktisk Medicin. Nr. 9 u. 10. Christiania 1881.)
6. **Gschirhakl.** Zur Behandlung der Bubonen. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 15 u. 16, 1882.)

Marchiafava (**1**) hat in zwei Fällen von Blennorrhöe der Harnröhre das flüssige Secret untersucht und zu wiederholten Malen und in verschiedenen Epochen die von Neisser beobachteten Micrococcen gefunden. Dieselben sind selten isolirt, meistens zu je zwei vereint finden sie sich im Inneren der Eiterzellen. Zu Ketten sind sie nie vereinigt. Die Präparationsmethode beschreibt er folgendermassen: Man befeuchtet leicht einen Objectträger mit dem Eiter, lässt ihn eintrocknen, färbt ihn alsdann mit Methylviolett und schliesst das Präparat ein. Verf. definirt die speciellen Charaktere des Micrococcus, der mit keinem, in anderen Eiterprocessen vorfindlichen Micrococcus verwechselt werden könne.

Der stricte Nachweis, dass jene Gonococcen, welche Neisser 1879 im Secrete des Harnröhrentrippers und in der gonorrhoischen

Augenblennorrhöe entdeckte, thatsächlich das Contagium der gonorrhoischen Affectionen darstellen, war jedoch bisher nicht geführt worden.

Bockhart berichtet nun (2) über die gelungene Ueberimpfung einer Reincultur von Gonococcen in die Harnröhre eines Menschen und über die mikroskopische Untersuchung derselben Harnröhre.

Auf Anregung des Prof. v. Rinecker in Würzburg wurde nämlich die Reincultur vierter Generation von nach Koch'scher Methode auf Fleischinfuspepton-Gelatine gezüchteten Gonococcen in die bisher völlig gesunde Harnröhre des 46jährigen K. S., der an Dementia paralytica im Endstadium auf der psychiatrischen Klinik lag, vollkommen anästhetisch war und dessen Tod jeden Tag bevorstand, 10. Juli 1882 Nachmittags $2^1/_2$ Uhr injicirt. Am Abende dieses Tages zeigte der aufgefangene Urin — Patient liess Koth und Urin unter sich gehen — eine Spur von Trübung. Am 11. Juli war der Urin ganz klar. Am 12. Juli Morgens war das Orificium cutaneum urethrae leicht geröthet und entleerten sich aus demselben auf Druck ein paar Tropfen schleimigen Secretes, das weder Eiterzellen noch Gonococcen enthielt. Am 13. Juli in der Früh konnte auf Druck ein Tropfen gelben Eiters aus der Harnröhre ausgepresst werden. Am 14. Juli war die Eitersecretion ebenfalls spärlich; es entleerten sich nur auf Druck wenige dicke, gelbe Eitertropfen aus der Mündung der Urethra. Am 15. Juli des Morgens war die lebhaft geröthete Harnröhrenmündung mit eingetrocknetem eitrigem Secret verklebt. Die Eitersecretion war nun sehr reichlich; mit Leichtigkeit konnte viel dünnflüssiger gelber Eiter (17 Cubikcentimeter) aus der Harnröhre herausgestreift werden.

Am 18. Juli stellte sich unter hohem Fieber (40·2°) eine sehr ausgedehnte hypostatische Pneumonie des linken Unterlappens ein. Die Eitersecretion aus der Harnröhre war an diesem Tage, sowie am 19. Juli weniger massenhaft als an den vorhergehenden Tagen, aber immerhin sehr reichlich. Am 20. Juli starb Patient im paralytischen Anfall.

Mit Ausnahme der Präparate des schleimigen Secrets vom 12. Juli fanden sich in sämmtlichen (Eiter-) Präparaten zahllose Neisser'sche Gonococcen. Dieselben waren meist zu Haufen gruppirt, die aus 10—40 Coccen bestanden und grösstentheils die Diplococcen- oder Semmelform zeigten, aber es fanden sich auch kleinere Gruppen derselben, von 2, 4, 6 oder 8 Individuen.

Der Obductionsbefund zeigte die Schleimhaut der Harnröhre in einer Länge von 6 Ctm. mit zähem, blutig-eitrigem Exsudat belegt,



das am reichlichsten die untere Wand der Fossa navicularis bedeckte. Das ganze Corpus cavernosum urethrae war deutlich geschwellt und sehr blutreich. Der übrige Theil der Pars cavernosa urethrae, die Pars membranacea und Pars prostatica waren normal.

Das Epithel des ganzen entzündeten Theiles der Harnröhre war gequollen und an vielen Stellen zerklüftet. Die Bluträume der Pars cavernosa der Harnröhre enthielten eine grosse Anzahl weisser Blutzellen; das bindegewebige Balkenwerk war reichlich durchsetzt von ausgewanderten weissen Blutkörperchen.

Die Schleimhaut und das submucöse Bindegewebe und die in ihnen befindlichen Längs- und Querschnitte der Blutgefässe überall von einer ungeheueren Anzahl dicht beisammen liegender ausgewanderter weisser Blutzellen durchsetzt. Bei starker Vergrösserung zeigte sich nun, dass die meisten ausgewanderten farblosen Blutzellen Gonococcen enthielten. Die Gonococcen lagen stets in den Kernen der weissen Blutzellen und betrug ihre Anzahl 4 bis 12; meistens waren sie in Semmelform angeordnet; selten waren isolirte runde Coccen zu sehen. Auch zwischen den Epithelzellen erblickte man weisse Blutkörperchen, deren Kerne Gonococcen enthielten. In den Epithelzellen hat Verf. nie Coccen gesehen. Die Lymphgefässe und Bindegewebsspalten — sie gehörten durchgehends der unteren Wand der Fossa navicularis an und betrug ihre Anzahl in jedem Präparate 5 bis 10 — waren thrombosirt durch eine ungeheure Anzahl eng beisammenliegender Gonococcen. Die grossen Zellen aber waren weisse Blutzellen, deren Leib von zahlreichen, ebenfalls eng beisammenliegenden Gonococcen erfüllt und gleichsam aufgebläht war. Die Kerne dieser weissen Blutkörperchen enthielten ebenfalls Coccen und waren offenbar vergrössert. Schliesslich fanden sich auch Coccenhaufen frei in der Mucosa und Submucosa der Fossa navicularis und zwischen Epithelzellen.

In den Schleimhautfalten der Harnröhre, speciell der Fossa navicularis, fand Verf. niemals erheblichere Mengen von Gonococcen, als an der übrigen Oberfläche der Schleimhaut auch. Ebenso kann er constatiren, dass die in die Harnröhrenschleimhaut eingebetteten Drüschen nichts mit den Gonococcen zu thun hatten.

Aus diesen Untersuchungen zieht B. folgende Schlüsse:

1. Die Gonococcen sind die pathogenen Bacterien der gonorrhoischen Affectionen;

2. auf die Harnröhrenschleimhaut gebracht, dringen sie (wahrscheinlich zwischen den Epithelien hindurch) in die Lymphbahnen der Mucosa und Submucosa der Fossa navicularis ein, um sich hier zu vermehren und lebhafte Entzündung und Auswanderung farbloser Blutkörperchen zu veranlassen;

3. sie wandern nun in dieselben und in deren Kerne ein und dringen mit ihnen in die Blutgefässe und im Bindegewebe der Mucosa und Pars cavernosa nach aufwärts gegen die Blase zu vor.

4. Sie zerstören schliesslich die weissen Blutzellen, in die sie eingewandert sind, entweder im Gewebe selbst, oder bei der Durchwanderung durch die Epithelschicht oder im eitrigen Tripper-Secret; sie selbst, soweit sie im Gewebe bleiben, werden wahrscheinlich in der Regel in diesem oder in der Blutbahn zerstört. (Eine ausführliche, mit Zeichnungen versehene Arbeit des Verf. über diesen Gegenstand wird in dieser Vierteljahresschrift demnächst erscheinen. A.)

Gegenüber statistischen Ausstellungen an seiner Schrift über abortive Syphilisbehandlung erklärt Güntz, nach seinen Erfahrungen kämen die weichen, nicht von Syphilis gefolgten Schanker nur in 15 % der Schankerfälle vor. Dasselbe Verhältniss habe Mauriac für ein Halbjahr von 1875 im Hospital St. Louis in Paris gefunden.

Caspary.

Weintraub berichtet (4) über die höchst günstigen Erfolge, welche er in Holländisch-Indien bei syphilitischen Geschwüren (harten und weichen) mit dem Jodoform erzielt hat. Er wendete es als Streupulver oder in Collodium (1:10) an, zieht aber die erstere Form vor. Die letztere Form zeigte sich auch bei Bubonen sowohl entzündlicher als hyperplastischer Art wirksam. Zugleich gab er innerlich: Jodoform 1·0, Kali jodat., Glycerini aa. 70·0, Spir. vini fort. 200·0, dreimal täglich 15 Tropfen.

Boeck gibt (5) eine kurze Darstellung der Behandlung, die er in den letzten 5 Jahren mit Erfolg bei den suppurirenden Bubonen angewendet hat. Im ersten Stadium, wo eine Resolution der Entzündung noch möglich ist, werden nur einfache Bleiwasserumschläge, mit Gummipapier bedeckt, und nicht die derivirenden und reflectorisch wirkenden Mittel in Anwendung gezogen, da es sehr erwünscht ist, eine gesunde, intacte Haut vor sich zu haben, wenn man vielleicht

später genöthigt wird, zur Punctionsbehandlung die Zuflucht zu nehmen. Wenn eine Resolution nicht erlangt werden konnte und die Entzündung weiter geht, wird also punctirt, hauptsächlich nach dem Verfahren von Auspitz, wornach jedoch 1procentige Carbollösung durch die Einstichöffnung mit einem gewissen Druck eingespritzt wird, so dass die entzündeten Gewebe gewissermassen mit der Flüssigkeit imprägnirt werden. Dabei wird auch die vorhandene Materie sorgfältig ausgedrückt und die Einspritzung so lange wiederholt, bis keine Materie mehr ausgepresst werden kann. Bisweilen können auch massirende Handgriffe sich dabei nützlich zeigen. Mit den Einspritzungen wird 2—3 mal täglich so lange fortgesetzt, als die Punctionswunde offen ist. Zu gleicher Zeit wird auch die ganze Partie fortgesetzt mit Bleiwasserumschlägen bedeckt. In den meisten Fällen schliesst sich die Oeffnung in 14 Tagen bis 3 Wochen, manchmal auch früher. Der Patient bleibt die ersten zwei Tage am besten im Bette; später kann er seinen Geschäften nachgehen. In den ersten Tagen werden die Einspritzungen wenigstens einmal täglich vom Arzte selbst, sonst vom Patienten gemacht. Verf. zieht die Punction mit nachfolgenden Einspritzungen der einfachen Punction vor, da er sie für eine sicherere Methode hält und überdiess die Punction mit Einspritzungen, seiner Erfahrung nach, noch in einem späteren Stadium mit Erfolg vorgenommen werden kann. Wenn man zu lange mit der Punction gezögert hat, wird die Suppuration mit Kataplasmen beschleunigt und dann die Abscesshöhle durch einen langen Schnitt offengelegt. Um dann die Höhle so schnell wie möglich zum Heilen zu bringen und um Eitersenkungen zu verhüten, wird sie schon ein paar Tage nach der Oeffnung, sehr häufig in den ersten Tagen jede dritte Stunde, mit Charpie, die in einer die Entwicklung der Granulationen befördernden Flüssigkeit getränkt ist, ausgefüllt. Verf. bedient sich zu diesem Zwecke eines Inf. specierum resolventium, dem etwas Kampferspiritus zugesetzt wird, und selbst eine sehr grosse Höhle wird bei dieser Behandlung in längstens 3 bis 4 Wochen vollständig geheilt sein. — Bei den mehr langsam sich entwickelnden (lentescirenden) Bubonen nimmt Verf. keine Punction vor. Wenn Resolventia, Compression oder Derivantia nicht zum Ziele geführt haben, wird auch hier die Suppuration durch Kataplasmen befördert und die Behandlung wie eben beschrieben weiter geführt. (Als dieser Artikel geschrieben wurde, war die Jodoformbehandlung noch nicht zu allgemeiner Anwendung gekommen. Es versteht

sich aber von selbst, dass das Jodoform eben bei der Behandlung der Bubonen in vielfacher Weise mit Vortheil benützt werden kann. Ref.) Boeck.

Gschirhakl hat (6) eine Reihe von sorgfältigen Versuchen über die Behandlung der Bubonen seit 1878 angestellt, welchen wir Folgendes entnehmen: Salicylpulver ist machtlos gegen die Virulenz der Bubonen, günstig bei Diphtherie und Gangrän. Ebenso Mixtura carbolica (Bruns) und 8% Chlorzinklösung (nach Dumreicher). Jodoform wirkt vortrefflich, indem es die Zersetzung des Wundsecrets hindert (Dauerverband), dasselbe aseptisch macht, also bei Virulenz, Phagedän, Gangrän, Diphtherie der Bubonen. Endlich empfiehlt der Verf. als vortreffliches neues Mittel die Massage. Vom klinischen Standpunkte aus ist nach seinen Erfahrungen die Massage indicirt: bei allen acuten oder subacuten Infiltraten in der Leistenbeuge, wie solche ohne Adenitis oder nach bereits durchbrochener Drüsenkapsel vorkommen, sowohl beim idiopathischen, wie auch beim einfach heteropathischen Bubo (nach der von Auspitz eingeführten Nomenclatur) und beim Bubo des syphilitischen Primäraffectes; ferner ist die Massage zu versuchen bei der chronischen Adenitis der syphilitischen Infectionsbubonen und bei der chronischen Adeno-Periadenitis des strumösen Bubo.

Contraindicirt ist die Massage: bei reichlich eiternden, fluctuirenden Bubonen, bei dem virulenten Bubo, sowie bei isolirten eiternden Adenitiden.

Dem Gesagten zufolge macht somit die Massage in vielen Fällen die Incision überflüssig, wodurch ihr der Werth einer Abortivbehandlung zukommt — und andererseits vermag sie, als schneller wirksam, die bis nun gebräuchliche Compression der Infiltrate, sowie die in ihrem Werthe sehr fraglichen Resorbentien zu ersetzen.

7. **Angerer.** Ein Beitrag zur Excision syphilitischer Initialsklerosen. (Berl. klin. Woch. Nr. 30. 1882.)

8. **Tomaschewsky.** Ueber den Einfluss der Entfernung der primären syphilitischen Induration auf das Auftreten und den weiteren Verlauf der secundären syphilitischen Erscheinungen. Vorläufige Mittheilung aus dem syphilitischen Clinicum von Prof. Tarnowsky in Petersburg. (Wratsch Nr. 16 und 17, 1882.)

9. **Sacharowitsch.** Die Excision des syphilitischen und venerischen Schankers. (Wratsch Nr. 33, 1882.)
10. **Bevan.** Excision der syphilitischen Initialsclerose. (Maryland Med. Journ. Baltimore IX. 1882.)
11. **Peronnet.** Kritische Studie über die Pathogenie und Behandlung des syphilitischen Schankers. (Thèse de Lyon. 1882.)
12. **Morrow.** Ueber die Excision des Schankers als Abortivmittel gegen Syphilis. (Journ. of Cutan. and Venereal Diseases I. Nr. 3, New-York, December 1882.)

Ein Patient Angerer's (7) hatte 6 Monate nach Excision einer typischen Sklerose des Präputiums, der weder Induration der Narbe noch irgend welche Secundärsymptome gefolgt waren, geheirathet. Als dann die sonst gesunde Frau im sechsten Schwangerschaftsmonate ohne nachweisbare Ursache abortirt hatte, liess A. den Ehemann, den er übrigens gesund befand, eine Schmierkur durchmachen und Jodkali brauchen. Trotzdem erfolgte wieder Abortus im siebenten Schwangerschaftsmonate. Daraus schliesst der Vf., dass die Excision der Sklerose, die freilich erst 8 Wochen nach der Infection vorgenommen war, die Durchseuchung des Kranken nicht habe hindern können. Also sei auch nach langem Ausbleiben der Allgemeinsymptome die Prognose vorsichtig zu stellen. (Refer. hält die Beobachtung nicht für geeignet zu weitergehenden Schlüssen. Einerseits ist Syphilis als Ursache der Aborte nicht erwiesen; wenn auch die häufigste, so ist doch Syphilis keineswegs die einzige Ursache habitueller Aborte. Zudem handelte es sich um eine anämische Mutter mit retroflectirtem Uterus; und dass die [einzig gemachte] Section des zweitgeborenen Fötus keinerlei Spuren von Lues nachwies, ist zum mindesten doch keine Bestätigung der Diagnose. Andererseits sind die 14 Monate nach der Excision an dem Manne constatirten Symptome: geringe Schwellung der Inguinaldrüsen, vereinzelte Hautpusteln, besonders an der Uebergangsstelle in die behaarte Kopfhaut und eine mässig geschwellte Cubitaldrüse — nicht ganz unverdächtig.) Angerer hat übrigens mehr als ein Dutzend Initialsklerosen excidirt und nur einmal (noch ein halbes Jahr später) die Secundärsymptome ausbleiben gesehen. Er glaubt jedesmal den Verlauf gemildert zu haben und zweifelt nicht an vollkommenem Erfolge bei früher und sorgsamer Excision. Caspary.



Die Wichtigkeit der Entscheidung der Frage, ob die primäre syphilitische Induration ein Symptom der schon eingetretenen syphilitischen Infection oder eine örtliche Erscheinung sei, im Auge und in Betracht der Verschiedenheit der Meinungen, die einerseits von Girtanner, Vidal, Acton, Ricord, Cullerier, Lee, Michaelis, Lancereaux, Wilkes, Langlebert, Coulson, Müller, Thiry, Sigmund, Zeissl, Lewin, Mauriac, Gibier u. and., und anderseits von Hüter (Berl. klin. Woch. 1867, S. 287), Auspitz (d. Vierteljahrschr. 1877, S. 107) u. a. ausgesprochen worden sind, hat Tomanschewsky (8), auf den Vorschlag von Prof. Tarnowsky in Petersburg, 47 Excisionen im Verlaufe vom Mai 1880 bis December 1881 angestellt, wobei ihm noch 3 Fälle ausser den 10 Fällen, die Tarnowsky in der russischen Uebersetzung von Lancereaux veröffentlichte und die negative Resultate ergeben hatten, von Tarnowsky mitgetheilt wurden, was also 50 Beobachtungsfälle ausmacht.

Die Operation wurde vom Autor auf folgende Weise ausgeführt: Nach sorgfältiger Abwaschung der Operationsoberfläche und einer Desinfection mit $2^1/_2$ % Lösung v. Acid. carbol. wurde die Induration mit Acid. carbol. concentr. geätzt, die Haut mit der Induration so weit wie möglich nach oben gezogen, $1^1/_2$—3 Ctm. vom Hautrande eine feste Ligaturschlinge angelegt und darauf die betreffende Partie mit einer in 5% Carbollösung benetzten Schere auf einen Ruck entfernt. Die Schnittfläche wurde mit Acid. carbol. conc. geätzt, die Wundränder gewöhnlich mit einigen Nähten verbunden. Wenn keine prima intentio eintrat, so wurde die Wunde 2—3mal am Tage mit 2% Carbollösung verbunden. Bis zum Auftreten syphilitischer Symptome wurde kein Kranker, mit Ausnahme eines Falles, weder einer örtlichen noch einer allgemeinen Quecksilberbehandlung unterworfen; diese Kranken wurden von anderen, die eine Behandlung mit Einreibungen durchmachten, getrennt.

Die Resultate waren folgende:

1. Von den 50 hatten 19 Erosion chancreuse und 31 Ulcus induratum.

2. Von den 50 Excisionen der primären syphilitischen Induration wurde die Operation ausgeführt:

In 1 Falle (2%) am 1. Tage der Existenz des Geschwüres.
3 „ (6%) „ 3. „ „ „ „ „
1 „ (2%) „ 4. „ „ „ „ „



4	Fällen	(8 %)	am	5.	Tage	der	Existenz	des	Geschwüres.
1	„	(2 %)	„	6.	„	„	„	„	„
9	„	(18 %)	„	7.	„	„	„	„	„
1	„	(2 %)	„	9.	„	„	„	„	„
11	„	(22 %)	„	10.	„	„	„	„	„
13	„	(26 %)	„	14.	„	„	„	„	„
3	„	(6 %)	„	17.	„	„	„	„	„
2	„	(4 %)	„	20.	„	„	„	„	„
1	„	(2 %)	„	30.	„	„	„	„	„

Was die Zeitbestimmung der Existenz des Geschwürs betrifft, so bekennt der Autor, dass sie immer, mit Ausnahme der Inoculation, in Zweifel gezogen werden kann.

Im Verlaufe von zweiwöchentlicher Existenz der syphilitischen Induration wurden 44 Excisionen (d. h. in 88 % aller Fälle) ausgeführt und in 6 Fällen (d. h. 12 %) wurde die Excision in einer späteren Periode vorgenommen.

3. Was den Zustand der Lymphgefässe, des Dorsum penis und der nächsten Inguinaldrüsen betrifft, so waren sie in 22 Fällen (44 %) normal, in 2 Fällen (4 %) waren die Lymphgefässe des Dorsi penis verändert und die Drüsen vergrössert; in 10 Fällen (20 %) waren die Inguinaldrüsen geschwollen, aber nur auf einer Seite; in 3 Fällen (6 %) war mit Lymphangioitis dorsi penis auch eine einseitige Hyperplasie der Inguinaldrüsen vorhanden; in 7 Fällen (14 %) waren die Inguinaldrüsen mehr oder weniger vergrössert und in 6 Fällen (12 %) wurde eine doppelseitige Affection der Inguinaldrüsen und Lymphangioitis dorsi penis beobachtet.

4. Die Wunden heilten:

in 24 Fällen (48 %) per prim. intent.

„ 24 „ (48 %) per secund. intentionem.

„ 2 „ (4 %) theils per prim. intent., theils per secund.

5. In 32 Fällen (64 %) erschien auf der Stelle der Wunde keine Induration, in 18 Fällen (36 %) erschien eine solche mehr oder weniger rasch. Die an der Stelle der per prim. int. entstandenen Narbe folgende Induration erklärt der Autor dadurch, dass nicht alles pathologisch veränderte Gewebe ausgeschnitten worden war, und in den Fällen, wo die Induration nach Wunden folgte, die durch Eiterung heilten, erklärt er sie dadurch, dass sich durch besondere Anlage



der Gewebe bei Syphilitikern Infiltrationen bildeten, die sich ihrem äusseren Aussehen nach nicht von der primären Induration unterscheiden (sogenannte Ulcera pseudo-indurata und cauterisatio provocatoria).

6. Von den 18 Fällen von Recidiven der Induration nach der Excision bildete sich in einem Falle an der Stelle der Induration ein phagedänisches Geschwür mit schweren Erscheinungen nachfolgender Syphilis.

7. In allen 22 Fällen der Excision, wo die Drüsen vor der Operation intact geblieben waren, erschien einige Tage oder sogar Wochen nach der Operation eine Anschwellung entweder der Inguinaldrüsen auf einer. oder beiden Seiten oder gleichzeitig eine Adenitis inguinalis und Lymphangioitis dorsi penis, wobei eine Affection der Lymphdrüsen und Gefässe nach der Excision von den 22 eben angeführten Fällen im Verlaufe der ersten Woche in 6 Fällen (27·25 %), im Verlaufe der zweiten Woche in 12 Fällen (54·5 %) und der dritten Woche in 4 Fällen (18·25 %) auftrat.

8. Was die präservative Wirkung der Sklerosenentfernung auf die secundären syphilitischen Erscheinungen betrifft, so traten in allen 50 Fällen mehr oder weniger starke Syphiliserscheinungen auf.

9. In der grössten Mehrzahl der Fälle trat am Ende des Incubationsstadiums eine Lymphdrüsenaffection der übrigen Gegenden auf.

10. In Bezug auf die Prodrome konnte man keinen Unterschied gegenüber den Fällen bemerken, wo keine Excision der syphilitischen Induration gemacht worden war.

11. Die Dauer des zweiten Incubationsstadiums unter Einwirkung der Excision der Induration änderte sich evident nicht.

12. Der allgemeine Charakter der secundären Syphiliserscheinungen, ihre Stärke und ihre gegenseitige Verbindung unterschieden sich durch nichts von denjenigen, wo keine Ausschneidung gemacht worden war.

13. Die Dauer der Quecksilberbehandlung nach vorhergegangener Excision unterschied sich durch nichts von den gewöhnlichen Fällen des Verlaufes der Syphilis.

14. Die Excision hatte in der grössten Mehrzahl der Fälle keinen ungünstigen Einfluss auf den Organismus.

15. Die Häufigkeit und die Kraft der Recidive von den 18 verfolgten Fällen unterschieden sich durch nichts von den gewöhnlichen Fällen, wo keine Excision der primären Sklerose vorgenommen worden war.

Schlussfolgerungen aus seinen Beobachtungen machend, sagt der Autor:

1. Die primäre syphilitische Induration von dem Momente ihres Erscheinens in Form eines klinisch bestimmten Symptoms ist, ungeachtet der Meinung von Hüter, Auspitz, Folinea u. A. nicht das Resultat einer rein örtlichen Erkrankung, sondern das erste objective Symptom einer schon eingetretenen allgemeinen Infection des Organismus.

2. Der Meinung der obengenannten Forscher zuwider schützt die Excision der primären Syphilissklerose, wann sie auch immer vorgenommen wird, nicht vor Syphilis. Pospelow.

Zur Lösung der Frage von der günstigen Wirkung der Excision der primären Sklerose als abortiver Heilmethode hat ferner Sacharowitsch (9) 15 Excisionen von harten und weichen Schankern vorgenommen. Von diesen in den letzten 3 Jahren gemachten Excisionen führt Verf. nur 7 an, bei welchen die Diagnose und genügende Beobachtung der Kranken keinen Zweifel darboten. Von 5 Fällen von Excision einer primären Sklerose folgte in zweien keine Syphilis; in zwei Fällen von Excision eines weichen Schankers heilte in dem einen Falle die Wunde per primam intentionem und in dem anderen folgte eine beschleunigte Heilung des Schankers nach der Excision im Verhältniss zu den anderen Geschwüren bei demselben Kranken, welche mit Jodoformbestreuungen behandelt wurden. In dem einen Falle folgte bei dem Kranken die Syphilis im Verlaufe von 17 Monaten und in dem anderen im Verlaufe von 15 Monaten nach der Excision der primären Sklerose.

Pospelow.

Bevan berichtet (10) über 8 mit Erfolg vorgenommene Excisionen und zwar:

1. Fall. Harter Präputialschanker, 21 Tage nach dem Coitus aufgetreten. Keine Drüsenschwellung. Das Weib, von welchem die Ansteckung herrührte, mit Schleimpapeln der Vagina behaftet. Circumcision. Keine Syphilis innerhalb der folgenden zwei Jahre.

2. Fall. Präputialschanker, 21 Tage nach dem Coitus aufgetreten; das Weib zeigte ein pustulöses Syphilid. Inguinaldrüsen vergrössert. Circumcision 3 Tage nach dem Auftreten des Geschwüres. Binnen zwei Jahren keine Syphilis.



3. Fall. Vorhautschanker 24 Tage nach dem Coitus. Drüsenschwellung. Circumcision. Keine Syphilis binnen zwei Jahren.

4. Fall. Vorhautschanker, 17 Tage nach dem Coitus. Geringe Leistendrüsenschwellung. Beim Weibe ein Geschwür an der grossen Schamlippe und papulöses Syphilid. Excision. Keine Syphilis während $1^1/_2$ Jahren.

5. Fall. Geschwür am Bändchen, 15 Tage nach dem Coitus. Leistendrüsenschwellung. Excision nach 3 Tagen. Binnen 18 Monaten keine Syphilis. Ein Kamerad des Operirten, welcher dasselbe Weib zu derselben Zeit besucht hatte, bekam später allgemeine Syphilis.

6. Fall. Vorhautschanker, 21 Tage nach dem Coitus aufgetreten, Leistendrüsen vergrössert. Excision nach 36 Stunden. Keine Syphilis innerhalb eines Jahres.

7. Fall. Schanker an der Seite des Gliedes, 17 Tage nach dem Coitus. Keine Drüsenschwellung. Excision 5 Tage später. Keine Syphilis binnen 9 Monaten.

8. Fall. Präputialgeschwür bei einem Manne mit angeborner Phimose, 21 Tage nach dem Coitus aufgetreten. Leistendrüsenschwellung. Beim Weibe syphilitische Geschwüre auf der Vaginalschleimhaut. Excision nach 2 Tagen. Innerhalb eines Jahres keine Syphilis.

Zwei Abhandlungen, welche denselben Gegenstand betreffen, sind endlich in der letzten Zeit von Peronnet und Morrow (**11, 12**) publicirt worden. Von der ersten von beiden wird an anderer Stelle gesprochen werden. Auch die zweite enthält übrigens keine neuen Thatsachen und gibt nur eine Zusammenstellung der bisher von Anderen ausgeführten Operationen nebst therapeutischen Erörterungen, welche die Ansicht des Verf. als eine der Excision nicht günstige formuliren.

13. Leistikow. Ueber Bacterien bei den venerischen Krankheiten. (Charité-Annalen VII. Jahrgang 1882.)

14. Martineau und **Hamonic.** Die Bacterien der Syphilis. Die Entwickelung der Syphilis beim Schweine. (Gaz. méd. de Paris Nr. 36, 9. Sept. 1882.)

15. Birch-Hirschfeld. Ueber Mikroorganismen in syphilitischen Neubildungen. (Centralbl. für die med. Wissensch. Nr. 33 und 44, 1882. — Rundschau p. 914.)



Leistikow hat (13) weder in dem aus der Schnittfläche breiter Condylome aussickernden klaren Serum, noch in dem Blute Syphilitischer Microorganismen aufgefunden, wenn er Fehlerquellen vermied. Wohl aber zeigte die Oberfläche von erodirten Sclerosen oder exulcerirten breiten Condylomen die von Aufrecht (siehe diese Vierteljahresschr. p. 697, 1881) beschriebenen Micrococcen, wenn die Absonderung gering und nicht übelriechend war. Bei übelriechender Absonderung fanden sich kürzere und längere Stäbchen oder Spirochäten, ähnlich wie bei anderen der Luft ausgesetzten Geschwürsformen. Die gefundenen Micrococcen zeigen ebenfalls nichts Characteristisches. Auch Klebs sei bei seinen Versuchen der Syphilisübertragung auf Affen der Nachweis von Bacterien als Krankheitsursache nicht gelungen (siehe diese Vierteljahrschr. p. 479, 1879). Beim weichen Schankergeschwür fanden sich Bacterien in grosser Zahl und Mannigfaltigkeit: Zoogloeahaufen von feinsten Micrococcen und bedeutend grössere Micrococcen, einzeln oder paarweise, ferner Stäbchen und Spirochäten bei jauchigen Secreten. Das mikroskopische Bild gibt sonach keinen Aufschluss über die Pathogenie des weichen Schankers.

Dagegen hat Verf. Tripperbacterien in gleicher Form, wie sie Neisser beschrieben, jedoch nicht auf, sondern in den Eiterkörperchen sitzend, (wie dies neuerlich Bockhart bestätigt hat, siehe oben) in jedem Fall von Harnröhren- oder Scheidenfluss oder Conjunctivalsecret gonorrhoischen Ursprunges nachweisen können, während sie bei nicht inficirendem Harnröhrenkatarrh stets fehlen sollen. Auch bei Tripperbubonen und Tripperrheumatismus sei der Nachweis bisher nicht gelungen. In Fällen von rein exspectativ behandeltem Tripper fand er im Stadium der heftigsten Entzündung, wo profuser, gelbgrüner, dicker Eiter ausfliesst, jene Micrococcen nur spärlich, bei Nachlass der Entzündungserscheinungen indess in relativ grosser Zahl in dem geringen, dünnflüssigen und milchigen Secret. Verf. hat Sublimat in einer Verdünnung von 1 : 20.000 zu Einspritzungen bei Tripper benutzt, da sich stärkere Lösungen als zu sehr reizend erwiesen. (Das ist unrichtig. Man muss nur die Dispensirung der Apotheken genau überwachen. A.) In jedem seiner zahlreichen Fälle konnte er schon nach eintägiger gewissenhaft geübter Kur (die er erst nach Abnahme der heftigsten Entzündung zu beginnen anräth) ein vollständiges Verschwinden oder eine sehr erhebliche Verminderung jener Mikroorganismen constatiren. Auch der Ausfluss nahm bei fort-



gesetzten Injectionen in wenigen Tagen bedeutend ab, ebenso wie jede complicirende Tripperhodenentzündung schnell zur Heilung kam (in 5—6 Tagen bei Hochlagerung des Scrotums). (? A.)

Auch die üblichen Injectionen von Lösungen von Zink, Tannin, Plumb. acet., Arg. nitr., Carbolsäure und Zinc. sulfocarbolic. bringen die Tripper-Bacterien zum Schwinden, desgleichen der interne Gebrauch von Balsam copaiv., während die Einspritzung von Aqu. dest. und Kochsalzlösung die Bacterien nicht vernichten, letztere sogar eine Vermehrung der Bacterien herbeiführen soll. Dass der Tripper nach längerer Zeit spontan verschwindet, ist so zu erklären, dass die Schleimhaut an den Reiz der Bacterien sich allmählich gewöhnt, keinen Eiter mehr absondert und die Bacterien sodann kein Nahrungsmittel mehr finden.

Impfversuche mit den in Blutserumgelatine bei Körpertemperatur gezüchteten Tripperbacterien auf Kaninchen, Hunde, Ratten, Mäuse, Meerschweinchen, Pferde, Affen blieben ohne Erfolg.

In der Pariser Akademie der Wissenschaften und in der Académie de Médecine theilte *Martineau* (**14**) die Resultate von ihm und *Hamonic* angestellter Versuche über das *Syphilisgift* mit. Sie excidirten einen indurirten Schanker, brachten ihn in eine Culturflüssigkeit von Liebig'schem Fleischextract und constatirten nach 3 Stunden Trübung, nach 24 Stunden Bacterien in grosser Menge von verschiedener Länge, welche jedoch den Durchmesser eines rothen Blutkörperchens nicht überstiegen, und in verschiedenen Gruppen zu zweien (— —, = =, oder <<) mit und ohne Färbung nachgewiesen werden konnten. Ueberdies aber fanden sich noch punktförmige und stäbchenförmige Microben in der Flüssigkeit zerstreut. Von dieser Flüssigkeit injicirten sie in das Zellgewebe der Penisgegend eines jungen Schweines. Im Blute des Thieres fanden sie schon am anderen Tage (! A.) Bacterien von derselben Beschaffenheit wie die oben beschriebenen. Einen Monat später fand sich ein papulo-squamöser Ausschlag auf dem Bauche und leichte Ausziehbarkeit der Haare desselben. Ein zweites Schweinchen wurde mittelst einer Impfnadel mit Serum von einem weichen Schanker inoculirt — ebenfalls in der Penisgegend. Nach 4 Tagen dieselben Bacterien im Blute. Nach 2 Wochen eine papulöse Eruption auf der Bauchhaut, die sich dann ausdehnte und erst 2 Monate später verschwunden war.

Impfversuche mit weiteren Züchtungsprodukten vom Blute dieser Thiere auf ein junges Schwein und ein Lamm blieben ohne Erfolg.

Bei Untersuchung gummöser Geschwülste fand Birch-Hirschfeld (15) in der letzten Zeit jedesmal Bacterien, am reichlichsten an der Grenze des Granulationsgewebes gegen die körnig zerfallenen Partien. In den festfibrösen Theilen der Syphilome fehlten sie meist, in vollständig vernarbten gummösen Herden immer. Die frei im Gewebe liegenden Bacterien sind stets zu kleinen colonienartigen Häufchen an einander gedrängt, man findet sie aber auch wohl intracellulär, theils die Zelle ganz ausfüllend, theils in der Peripherie derselben vertheilt. Meist stellen sie sich als etwa 1 μ lange, relativ dicke, an den Enden abgerundete Stäbchen dar, manchmal erreichen sie aber auch eine Länge von 1—5 μ. Letztere, meist leicht gebogen, auch wohl etwas kolbig angeschwollen, liegen stets, die Längsseiten einander zugewendet, zu längeren, spindelartigen Herden angeordnet. Der Nachweis der Bacterien gelingt leicht, wenn man die Geschwulstschnitte (in Alkohol gehärtet) kurze Zeit in Eisessig legt und dann in Glycerin untersucht; durch Fuchsin lassen sie sich schön roth färben. Dieselben Häufchen kleiner, kurzer, relativ stark lichtbrechender Stäbchen fand Verf. auch in folgenden vom Lebenden entnommenen und frisch untersuchten Theilen: Drei breiten Condylomen, einem indurirten Schanker und der Papel eines papulösen Syphilids; dagegen fehlten die Bacterien in dem Blute eines seit wenig Tagen an Roseola syph. erkrankten Pat. Es ist dem Verf. sehr wahrscheinlich, dass diese Mikroorganismen die Träger des syphilitischen Contagiums sind.

In einer weiter folgenden Mittheilung erklärt B.-H. für unzweifelhaft, dass jene kurzen plumpen Stäbchen, wie sie besonders in Präparaten aus (nicht ulcerirten) Condylomen und Gummabildungen erhältlich sind, aus der Vereinigung mehrerer Einzelcoccen sich zusammensetzen. Die Gliederung sei allerdings viel undeutlicher, als bei den meisten zu Ketten vereinigten Mikrococcen; es komme hinzu, dass die Coccen in der Regel nicht rund, sondern längsoval erscheinen, so dass die kleinsten, nur mit Hilfe der stärkeren optischen Systeme sichtbaren Formen nicht als Punkte, sondern als kurze Striche von relativer Dicke sich darstellen. In den meisten Fällen handle es sich neben Monococcen um Diplococcen, selten um Vereinigung von 3—5 Individuen, welche dann längere Stäbchen mit abgerun-



deten Enden vortäuschen können (Aufrecht). Als Aufhellungsmittel zieht jetzt B.-H. dem Eisessig Kalilauge vor, welche die stark lichtbrechenden Coccen beim breiten Condylom in kleinen Häufchen innerhalb der Papillen und in den anstossenden Lagen des Rete Malpighi erkennen lässt. Sehr deutlich zeigen sie sich auch in dem von der Basalfläche der Condylome abgestreiften Gewebsaft, wobei sie durch Fuchsin und Gentiana-Violett am vortheilhaftesten gefärbt werden.

Verf. fand grössere Formen in den breiten Condylomen, winzige in den gummösen Herden innerer Organe. In gummösen Narben fehlten sie ganz; in frischen gummösen Herden waren sie am reichlichsten in den Partien, welche den Charakter des wuchernden Granulationsgewebes trugen. Als intranucleär gelagerte Coccen deutet Verf. das nicht selten sowohl aus Gummabildungen als aus Condylomen gewonnene mikroskopische Bild epithelioider Zellen, deren vergrösserte Kerne dicht angefüllt waren mit feinen etwas in die Länge gezogenen Körperchen, welche sich durch Fuchsin lebhaft färbten und selbst nach langem Liegen in Kalilauge sich nicht auflösten.

16. **Finger.** Ueber die Coexistenz von Erythemen mit Syphilis. Vortrag, gehalten in der Sitzung der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien am 9. Juni 1882. (Allg. Wien. med. Zeitung, Nr. 24, 1882.)
17. **Finger.** Ueber die Coexistenz der sogenannten secundären und tertiären Syphilisformen. (Wien. med. Wochenschrift, Nr. 1—3, 1882.)
18. **Hiller.** Hämatemesis in Folge von visceraler Syphilis. (Monatshefte f. prakt. Dermat. Nr. 4, 1882.)
19. **Finger.** Ueber nervöse Störungen in der Frühperiode der Syphilis. Vortrag, gehalten in der Gesellsch. d. Aerzte am 16. December 1881. (Allg. Wien. med. Zeitung, Nr. 51, 1881.)
20. **Leyden.** In wie weit ist Syphilis Ursache der Tabes und was erreicht man mit einer antisyphilitischen Behandlung dieser Krankheiten? Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereines für innere Medicin in Berlin. (Zeitschrift für klinische Medicin. IV. Band. III. Heft. 1882.)

Finger (16) konnte die Beobachtung vieler Dermatologen (Hebra, Neumann, Lipp, Tanturri) constatiren, dass sog. multiforme Erytheme als Vorläufer und Begleiter syphilitischer Hautaffectionen



auftreten und schliesst aus dem Umstande, dass in den von ihm beobachteten Fällen (9 an der Zahl) das Erythem sich stets zur selben Phase, 10—20 Wochen nach der Infection und in denselben Formen, oft erst nach mehrwöchentlichem Spitalsaufenthalt, zu Zeiten, wo unter den anderen Patienten kein Fall von E. vorkam, entwickelte, dass zwischen Syphilis und der Erythembildung ein Causalnexus besteht. Da die Erytheme in Blut- und Lymphgefässerkrankung beruhen (? A.), gibt die vollkommen berechtigte Annahme, dass der Syphilisprocess die Reizbarkeit der Gefässe erhöhe, für die Entstehung des Erythems die plausibelste Erklärung (? A.).

Wenn auch die Ricord'sche Eintheilung der Syphilis, die vorwiegend auf chronologischer Basis fusst, für die Mehrzahl der Fälle des Verlaufes der Syphilis gilt, so findet man doch immer Fälle von Syphilis, wo Formen aus den zeitlich getrennten Phasen des Processes der sogenannten secundären und tertiären Syphilis an demselben Individuum coexistiren. Nach Finger (17) lassen sich diese Fälle in 4 Gruppen sondern:

1. Die Coexistenz secundärer und tertiärer Symptome wird durch eine neu erfolgte Infection mit consecutiven primären und secundären Symptomen bei einem Individuum, dessen erste Infection sich noch durch tertiäre Symptome äussert, bedingt. Hierher gehören die Fälle von Merkel, Gascoyen.

2. In einer zweiten Gruppe von Fällen sind die secundären und tertiären gleichzeitig an demselben Individuum vorkommenden Formen wohl schon Produkt einer einzigen Infection, die Coexistenz beider durch einen acuten und gleichzeitig malignen Verlauf herbeigeführt (Syphilis maligna) insoferne, als die Lues das secundäre Stadium rasch durchläuft, meist nur schwerere, diesem Stadium angehörige Formen setzt, die Latenz zwischen secundärem und tertiärem Stadium wegfällt und während noch bestehender secundärer bereits meist auch schwere tertiäre Symptome auftreten, die dann oft in Form von ausgebreiteten Recidiven eine längere Zeit hindurch sich wiederholen.

3. Die dritte Gruppe schliesst sich an die zweite insoferne an, als die Coexistenz secundärer und tertiärer Symptome auch hier dadurch herbeigeführt wird, dass wohl die chronologische Reihenfolge eingehalten wird, aber durch acuten Verlauf, insbesondere durch Verkürzung des secundären Stadiums, sowie Wegfall der Latenzperioden, tertiäre Formen zur Zeit noch bestehender secundärer sich

entwickeln. Diese Gruppe unterscheidet sich von der zweiten durch den Mangel des malignen Verlaufes. Als Beleg führt Verf. sowie bei der vorigen Gruppe auch hier einige Krankengeschichten an, deren eine einen Fall betrifft, wo 4 Monate nach der Infection bei einer schlecht genährten Weibsperson neben maculo-papulösem Exanthem, Papeln an Genital- und Mundschleimhaut, ausgebreitete Periostitis über beiden Tibien, sowie haselnussgrosse gummöse Infiltrate unter der Haut beider Unterschenkel, endlich über den Stamm zerstreute Hautgummata sich vorfanden. Jodkali brachte in nicht mehr als einem Monat vollkommene Heilung.

4. Gegenüber diesen Fällen, wo trotz der Coexistenz secundärer mit tertiären Symptomen doch der Verlauf insoferne ein normaler ist, als die chronologische Reihenfolge eingehalten und die Coexistenz nur durch eine besondere Acuität des Verlaufes und Wegfall der Latenzperioden bedingt ist, gehören in die vierte Gruppe jene Fälle, wo der Verlauf de facto ein abnormer ist und secundäre Symptome nach tertiären, letztere vor ersteren auftreten. Verf. führt zwei hieher gehörige Fälle an. In deren erstem tritt eine multiple Periostitis zur Zeit der Eruption vor dem maculösen Exanthem auf. In dem zweiten folgt die Eruption einer frischen discreten, nicht gruppirten Psoriasis plantaris auf ein Gumma der äusseren Nase.

Literaturangaben über solche wirklich atypisch verlaufene Fälle fehlen bisher.

Hiller berichtet folgenden Fall (18) von Bluterbrechen durch Syphilis. Am 5. December 1881 wurde ein 39jähriger Schlächtergeselle in stark anämischem Zustande auf die Klinik von Leyden gebracht, mit der Angabe, derselbe habe seit der Nacht vom 3. zum 4. December aus unbekannter Veranlassung wiederholt grosse Quantitäten Blut ausgebrochen und auch Blut mit dem Stuhlgang verloren. Die genauere Anamnese ergab, dass Patient im Jahre 1868 syphilitisch (harter Schanker, indolente Drüsenschwellungen) inficirt war. Die anfänglich eingeleitete Schmierkur musste wegen heftiger Stomatitis eingestellt werden; er wurde daher, etwa 3 Monate lang, mit internen Mitteln behandelt und will seit dieser Zeit gesund gewesen sein. Seit einem halben Jahre ist Patient heiser; seit etwa 4 Monaten hustet er, mit spärlichem, zeitweise leicht blutig gefärbtem Auswurf. Seit 14 Tagen hat Pat. dumpfe Schmerzen im Epigastrium, unabhängig von



der Mahlzeit, und das Gefühl von Spannung und Vollsein des Leibes, ohne erhebliche Auftreibung desselben. Der Appetit war dabei ziemlich gut, der Stuhlgang regelmässig. In der Nacht vom 3. zum 4. December erwachte Patient, nachdem er sich am Abend ganz gesund zu Bett gelegt hatte, mit Uebelkeit, Schwindelgefühl und bald darauf heftigem Erbrechen von schwarzem, klumpig geronnenem Blut; das Erbrechen wiederholte sich in dem Zeitraum von 2 Stunden etwa 4 bis 5 Mal; gegen Morgen erfolgte dann ein reichlicher, dickbreiiger Stuhl, welcher gleichfalls grössere Mengen schwarzes, theerartiges Blut enthielt. Im Laufe des Tages hat Pat. noch einmal „sehr viel dickes schwarzes Blut" ausgebrochen. Am Morgen des 5. December erfolgte noch einmal Erbrechen etwas dünnern, hellroth aussehenden (mit Wasser vermischten) Blutes in mässiger Menge; gleichzeitig hatte Pat. drei Mal dünnbreiige, wiederum mit schwarzem Blut vermischte Stuhlentleerungen.

Hier constatirte Verf. bei der Aufnahme folgenden Status praesens: Das Zahnfleisch am Ober- und Unterkiefer erscheint leicht geschwollen, mit schmierigem, grauem Belag bedeckt, leicht blutend; der ganze weiche Gaumen und das Zäpfchen mit zahlreichen, etwa linsengrossen, strahligen Narben bedeckt; das Zäpfchen erscheint dadurch verkürzt, gezackt und verschmälert. Die Schleimhaut des Pharynx zeigt gleichfalls zwei kleinere, relativ frische Narben. Bei der Inspection der Nasenhöhle findet sich die Schleimhaut stellenweise mit trockenen, grauschwärzlichen Eiterkrusten bedeckt; am Septum narium linkerseits ein überlinsengrosses, unregelmässig vertieftes Geschwür mit schwieligen Rändern.

Die Leber- und Milzdämpfung beträchtlich vergrössert; die Stimme des Pat. heiser. Percussion und Auscultation der Brustorgane ergeben normale Verhältnisse.

Das Ergebniss dieser Untersuchung legte sofort den Verdacht auf constitutionelle Syphilis nahe. Es drängte sich daher die Frage auf, ob das abundante Blutbrechen mit dieser Syphilis im Zusammenhang stehe, oder durch ein anderes Leiden der Digestionsorgane, z. B. Ulcus ventriculi, ulcerirende Tumoren u. s. w. bedingt sei. Die Entscheidung dieser Frage war nicht schwer. Einestheils fehlte für die Annahme eines längere Zeit bestehenden Magengeschwüres oder für die Annahme eines ulcerirenden Tumors (Carcinoma ventriculi) sowohl in der Anamnese, als auch in dem Ergebniss der objectiven Unter-

suchung jedweder Anhaltspunkt; anderseits deuteten das Vorhandensein von leichtem Ikterus, die Anschwellung und die Empfindlichkeit der Leber, die beträchtliche Vergrösserung der Milz, bei dem Fehlen jeglicher Fiebersymptome, und das kurze Zeit vorausgegangene Gefühl des Vollseins im Unterleibe mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine Affection der Leber hin und zwar, wie der Verf. glaubt, auf partielle Narbenbildungen, welche zur Abschnürung einzelner Leberabschnitte (gelappte Leber) geführt hätten.

Aus allen diesen Gründen stellte Verf. die Diagnose auf Syphilis der Leber, wahrscheinlich in Form einer syphilitischen Narbenconstriction derselben (gelappte Leber) und dadurch bedingte Stauung im ganzen Pfortader-System (Stauungsleber, Stauungsmilz). Die Blutung war nach dieser Annahme erfolgt aus peripheren Aesten der Pfortader im Magen und Anfangstheile des Dünndarmes und wahrscheinlich unmittelbar veranlasst durch körperliche Anstrengung oder durch die Einwirkung kurz vorher genossener Speisen und Getränke.

Pat. erhielt Ergotininjectionen in die Bauchdecken und innerlich Liq. ferri sesquichl. 2stündl. 3 Tropfen in Haferschleim und Eispillen. Es trat am nächsten Tage nochmals Würgen und Brechneigung ein, doch kam es zum Erbrechen nicht; dagegen erfolgten im Laufe des Tages noch zwei dünnbreiige, stark mit Blut vermischte Stuhlentleerungen. An dem nächstfolgenden Tage hörten Brechneigung und Stuhlgang vollständig auf; dabei wurde der Harn immer deutlicher ikterisch. Nachdem die Gefahren einer erneuten Blutung vorläufig beseitigt schienen, wurde zugleich zu einer antisyphilitischen Behandlung übergegangen (Unguent. hydrargyri ciner. 2,0 täglich, zur systematischen Schmierkur); innerlich erhielt er Acid. sulfur. dil. 5 : 180.

Der weitere Verlauf der Krankheit entsprach der Diagnose. Der Appetit, das subjective Befinden und das Kräftegefühl besserten sich allmählich, der Stuhlgang wurde regelmässig; leichter Ikterus blieb noch etwa 14 Tage lang bestehen. Am 22. December war in der Bauchhöhle ganz geringer Ascites nachweisbar; der Bauch ganz unempfindlich, die Leber nicht mehr nachweislich vergrössert, auch nicht deutlich palpirbar, die Milz dagegen noch bedeutend vergrössert. In den folgenden Wochen besserten sich das Allgemeinbefinden und die objectiven Symptome immer mehr. Am 6. Jänner, also gerade

1 Monat nach der Aufnahme, waren alle Symptome der Syphilis beseitigt, nachdem 62 Gr. Unguentum cinereum verbraucht worden waren.

Systematische, von Finger vorgenommene Untersuchungen über nervöse Störungen bei secundärer Syphilis (s. diese Vierteljahresschr. S. 255, 1881) ergaben Schwankungen der Reflexerregbarkeit, die sich an den Verlauf des Exanthemes anschlossen. Ein Schluss daraus auf Alterationen des Rückenmarkes selbst war jedoch nur dann statthaft, wenn die Intactheit der sensiblen und motorischen Leitung erwiesen war.

Rendu hat 1875 für eine Reihe von Hautkrankheiten Störungen der sensiblen Leitung nachgewiesen; Finger konnte nun (19) in einigen Fällen papulöser und pustulöser syphilitischer Exantheme, sowie bei Psoriasis palmaris und plantaris, Erhöhung des Schmerzes und Tastempfindungen nachweisen, die genügen, einen Theil der Reflexschwankungen zu erklären. Es ist durch die neueren Beobachtungen sichergestellt, dass die Syphilis der Secundärperiode sich durchaus nicht nur auf die Haut und Schleimhäute beschränkt, sondern in den verschiedensten Organen irritative Veränderungen setzt, die sich bald nur als Hyperämie äussern, aber sich zu entzündlichen Veränderungen steigern können.

Hyperämien, vielleicht leichte seröse Exsudation, erklären aber die Schwankungen der Reflexerregbarkeit, die F. gefunden, vollkommen, ebenso wie andererseits, wenn wirkliche entzündliche Veränderungen im Rückenmark gefunden werden, diese nicht als Veranlasser, sondern nur als Theilerscheinung, als selteneres Symptom des ganzen Processes werden anzusehen sein.

Leyden weist in einem Vortrage über Syphilis und Tabes (20), welcher an die Publicationen von Erb (s. diese Vierteljahrsch. 1880 p. 189 und 1881 p. 133) anknüpft, darauf hin, dass die Beweise Erb's für deren Zusammenhang sich lediglich auf Erhebungen über das statistische Verhältniss zwischen Tabes und vorangegangener Syphilis stützen. Unter seinem Kranken-Material habe er allerdings eine sehr grosse Anzahl von solchen Individuen angeführt, welche an Tabes litten und früher syphilitisch inficirt gewesen waren. In Bezug auf den Krankheitsverlauf gibt er selbst an, dass sich die syphilitische Tabes in Nichts von der gewöhnlichen Tabes unterscheide, und in Bezug auf die therapeutischen Erfolge sagt er, dass er bis dahin noch nichts davon rühmen könne. Diese Arbeit



habe nun insofern einen erheblichen Erfolg gehabt, als die Tabes-Kranken nun wieder tapfer geschmiert wurden, namentlich in einigen Badeorten sind Tabische in ausgedehntem Masse antisyphilitisch behandelt worden. Westphal habe vor allen Dingen hervorgehoben, dass nach den statistischen Zusammenstellungen seines eigenen Materials der Procentsatz gar nicht so gross sei, als Erb ihn angibt, ferner dass weder die klinische Beobachtung noch die anatomische Pathologie einen Anhalt gebe, Tabes für einen syphilitischen Process zu halten; nur insofern macht er eine praktische Concession, als man wohl berechtigt sei, in einzelnen Fällen den Versuch einer antisyphilitischen Kur anzustellen.

Schliesslich ist die Frage auch auf dem internationalen Congress in London zur Sprache gekommen. Erb hat seine Sache nochmals vertheidigt und hat neue Zusammenstellungen gegeben, welche noch grössere Zahlen aufweisen als früher. Er hat angeführt, dass sich unter seinen Patienten Fälle ohne vorangegangene syphilitische Infection nur 12 pCt. befanden, mit vorangegangener Infection 88 pCt., darunter mit secundären Symptomen 59 pCt., mit Schanker ohne secundäre Symptome 29 pCt. Man könnte allerdings diese Zahlen für sehr imponirend halten, allein es wird nicht möglich sein, aus diesen Zahlen allein Schlüsse zu ziehen. Die übrigen Mitglieder der Section haben sich im Ganzen reservirt gehalten, nur einer hat sich mit grosser Energie gegen die syphilitische Tabes ausgesprochen, Lanceraux aus Paris. Der Vortragende erklärt nun, dass er vollkommen auf dessen Standpunkt stehe und im Ganzen auch seine Gründe acceptire. Zunächst sei hervorzuheben, dass die Statistik allein in dieser Frage nichts entscheiden kann. Aber auf die Statistik allein könne man keinen Beweis bauen. Dazu komme, dass die von Erb gefundene Statistik durchaus keine allgemeine Giltigkeit hat, denn ihr steht die Statistik von Westphal gegenüber, welcher viel kleinere Zahlen fand. Ferner erklärt Erb, dass er Anhänger der unitarischen Auffassung der Syphilis sei. Da diese theoretische Frage aber nicht entschieden ist, so sei sie nur eine Hypothese, und eine Hypothese dürfe nicht einer Statistik zu Grunde gelegt werden, die etwas beweisen soll. Es müsse endlich noch hervorgehoben werden, dass die nachträglichen Erhebungen vorangegangener Syphilis auf grosse Fehlerquellen stossen.

Zwei andere Punkte seien jedoch von viel grösserer Bedeutung, nämlich die Erfolge der antisyphilitischen Therapie und die patholo-



gische Anatomie. Was die Therapie betrifft, so gelte in der ganzen Lehre von der Syphilis der Grundsatz, dass der Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung zur Diagnose gehört und dass die Diagnose einer syphilitischen Affection allemal zweifelhaft wird, wenn die specifische Behandlung ganz ohne Erfolg bleibt. Er finde, dass die antisyphilitische Behandlung bei der Tabes nichts leistet. Alle Erfolge, welche von ihr gerühmt werden, liegen im Bereiche der Schwankungen, welche die Krankheit durch anderweitige Kuren, Bäder, Ruhe u. s. w. auch sonst erfahren kann.

Der letzte Punkt endlich sei derjenige, welchen Lancereaux am meisten betont hat, dass nämlich die pathologische Anatomie der Tabes durchaus von jener des syphilitischen Processes verschieden ist. Es ist einfach unrichtig, wenn behauptet wird, dass Syphilis häufig diffuse Processe in der Substanz des Nervensystems herbeiführe. Die Veränderungen, welche die Syphilis setzt, sind localer Natur. Die anatomischen Veränderungen der Rückenmarks-Syphilis sind in der Literatur nicht in grosser Anzahl verzeichnet, weil im Ganzen derartige Affectionen selten sind und noch seltener zur Autopsie kommen. Besser kennen wir die syphilitischen Erkrankungen des Gehirnes und man wird Recht haben, eine gewisse Parallele zwischen Rückenmark und Gehirn zu ziehen. Im und am Gehirn kennen wir als syphilitische Processe circumscripte, gummöse Meningitis, ferner das Syphilom und endlich Erweichungen, welche auf die seit Heubner näher studirten syphilitischen Arterienerkrankungen zurückzuführen sind. Von allen diesen Processen kennen wir einzelne, wenn auch seltene Analogien am Rückenmark. Circumscripte Meningitis, besonders im Halstheile, ist mehrfach beschrieben, von Syphilom ist ein Fall von Wagner beobachtet, die Arterienerkrankung ist erst kürzlich von Baumgarten untersucht und ihre Uebereinstimmung im Gehirn und Rückenmark nachgewiesen. Auch circumscripte myelitische Erweichungen in Folge von Syphilis sind beobachtet. Verf. selbst habe eine solche Untersuchung vor einigen Jahren in den Charité-Annalen beschrieben, es handelte sich um einen myelitischen Herd, der aus mehreren Schüben verschiedenen Alters bestand; in dem ältesten Herde konnte eine kleine obliterirte Arterie nachgewiesen werden.

Auch von Sklerose in Folge von Syphilis ist die Rede, jedoch nur von circumscripten Herden, deren Natur übrigens auch nur hypothetisch ist. Alle diese Läsionen sind circumscripte und von



derjenigen Form, welche der Tabes angehört, principiell ganz verschieden.

Fragen wir endlich noch, unter welchen Symptomen die Syphilis des Rückenmarkes sich entwickelt, so trete sie allemal mit den Zeichen einer circumscripten myelitischen oder myelomeningitischen Affection auf. L. habe eine nicht unbeträchtliche Anzahl solcher Fälle gesehen, welche eine oder in der Regel beide Unterextremitäten und ausser der Parese mehr oder minder intensive Symptome von Rigidität darboten. Noch häufiger als im Rückenmarke selbst etabliren sich syphilitische Processe in der Medulla oblongata, als apoplectiforme oder subacute Bulbarparalyse. Für diese Fälle sind Erweichungsherde in der Substanz der Med. oblongata und im Pons nachgewiesen und zwar im Zusammenhange mit Erkrankung der Arterien (Aeste der A. basilaris). In den ausserordentlich schweren Fällen dieser Art kommt es zu Obliteration der Art. basilaris, wovon schon Griesinger einen Fall beschrieben hat, einen anderen Eichhorst, zwei habe L. selbst gesehen. Diese seltenen Fälle von Obliteration der Art. basilaris scheinen alle auf Syphilis zu beruhen.

Dies sind die Gründe, aus denen Leyden die Lehre von der syphilitischen Tabes verwirft.

21. **Vallas.** Ueber fibrinöse oder hyaline Degeneration im Tuberkel und Gumma. (Virchow's Archiv, Bd. 89. Heft 2, 4. August 1882.)
22. **Stilling.** Ueber die syphilitische Osteochondritis der Neugeborenen. (Virchow's Archiv Bd. 88, Heft 3, 7. Juni 1882.)
23. **Pellizzari.** Syphilitische Reinfection bei einem Ehepaar. (Lo Sperimentale. März 1882.)
24. **Neumann.** Ueber hypodermatische Behandlung der Syphilis mit Jodoform. (Anzeiger d. Ges. d. Ae. Nr. 27, 1882.)
25. **Mraček.** Derselbe Gegenstand. (Anzeiger d. Ges. d. Ae. Nr. 27, 1882.)
26. **Thomann.** Derselbe Gegenstand. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. Nr. 35, 1882.)

Bei verschiedenen pathologischen Processen ist in den letzten Jahren das Auftreten einer eigenthümlichen Substanz beobachtet worden, welche Langhans als kanalisirtes Fibrin, v. Reckling-



hausen als Hyalin und Neumann als fibrinoide Degeneration bezeichnet haben. Dieselbe besteht aus einer glänzenden, homogenen, stark lichtbrechenden Grundsubstanz und einem System von Lacunen, welche dieselbe durchziehen und welche bald in Form netzförmig anastomosirender Kanäle angeordnet sind, bald als sternförmige Lücken erscheinen. Innerhalb dieser Kanäle findet man fast immer Kerne, meistens geschrumpft oder stäbchenförmig, aber immer mit Farbstoffen stark sich imprägnirend; bisweilen finden sich daselbst auch vollständige Zellen oder körnige Massen. — Vallas (21) hat nun genauere Untersuchungen über das Verhalten dieser Substanz im Tuberkel angestellt und glaubte von vorneherein, in Anbetracht der grossen Aehnlichkeit zwischen Tuberkel und Gumma, auch in diesem letzteren die hyaline Degeneration erwarten zu dürfen. In der That fand er unter 3 Fällen, welche er daraufhin untersucht hat, in zweien seine Vermuthung bestätigt. In dem einen Falle handelte es sich um miliare Gummata der Milz, im zweiten um einen syphilitischen Tumor im unteren Abschnitte des Rückenmarkes. Die hyaline Degeneration fand sich hier, ähnlich wie in den Tuberkeln, an der Peripherie der käsigen Haufen in Form eines Netzes mit ziemlich dicken Ballen und breiten Maschen. Die letzteren enthielten körnigen Detritus oder glänzende, homogene, stark gefärbte Körper von Form und Grösse epithelioider Zellen. Die Veränderung betraf auch die kleinen Gefässe im käsigen Centrum. Ihre Wandungen erschienen homogen, ihr Inhalt stark glänzend und gefärbt.

In beiden Fällen bestand gleichzeitig starke amyloide Degeneration und konnte man namentlich an einzelnen Präparaten aus der Milz den Unterschied zwischen Amyloid und Hyalin sehr gut wahrnehmen. Es fanden sich in der peripheren rundzelligen Zone des Gumma amyloide Partien, die hie und da mit dem kanalisirten Fibrin fast in Berührung standen, aber sich durch ihren stärkeren Glanz und durch ihre Reaction sehr deutlich von letzterem unterscheiden liessen. — Aus der Thatsache, dass das kanalisirte Fibrin fast immer an der Peripherie der käsigen Massen vorkommt, schliesst V., dass dasselbe zuerst entsteht und dann erst die käsige Masse an seine Stelle tritt, dass also das Fibrin sich in die käsige Masse umwandeln kann. Diese Umwandlung hat er an fibrösen Tuberkeln der Milz direct beobachten können und zwar in Gestalt eines einfachen moleculären Zerfalls der hyalinen Streifen, welche zunächst, ohne ihre Form zu



ändern, feinkörnig und opak wurden, gegen das Centrum hin aber ihre Contouren verloren und eine gleichmässige körnige Masse bildeten. Gleichwohl ist V. geneigt, für die Mehrzahl der Fälle eine complicirtere Art der Umwandlung des Hyalins anzunehmen. Da nach seinen Untersuchungen die verkästen Partien nicht blos aus amorphen Elementen bestehen, sondern zum grössten Theile von Kernen gebildet werden, so müssten entweder die in den Kanälen der hyalinen Substanz gelegenen Kerne sich im Momente der Verkäsung ausserordentlich stark vermehren, oder aber es müsste eine Einwanderung von Kernen von aussen her angenommen werden. Zu Gunsten der letzteren Annahme liesse sich eine Beobachtung von Langhans verwerthen, welche dafür spricht, dass im Tuberkel ein Flüssigkeitsstrom von der gefässhaltigen Peripherie nach dem Centrum hin stattfindet; es sei wahrscheinlich, dass auf diesem Wege auch eine Einwanderung contractiler Elemente (farbloser Blutkörperchen) zu Stande kommen könne. Caspary.

An 9 Fällen von hereditärer Syphilis hat Stilling (22) die Veränderungen der Epiphysengrenzen studirt. In Betreff der ersten Stadien bestätigt er einfach die Angaben Wegner's: dass die schon makroskopisch sichtbare, $^1/_2$—1 Mm. breite, zackige, weissgelbliche Linie zwischen Knorpel und Knochen auf einer Zunahme in der Zone der vorläufigen Kalkinfiltration beruhe; dass in der Region der sich richtenden Zellen die Proliferation reichlicher sei als normal; dass die Gefässbildung an der Ossificationsgrenze mangelhaft sei, während der Knorpel zahlreiche Gefässe und hie und da osteoides Gewebe in deren Umgebung erkennen lasse. — In dem 3. Stadium sieht man nach St. makroskopisch dicht unter dem Knorpel ein sehr buntes Granulationsgewebe, in dem röthliche mit braunen und gelblichgrünen Stellen abwechseln. Bei noch nicht weit vorgeschrittener Erkrankung beschränkt sich diese Form auf die centralen Theile des Knochens; in anderen Fällen verdrängt sie die Bälkchen der Spongiosa in grosser Ausdehnung und schiebt sich in sehr unregelmässiger Weise gegen Knorpel und Markhöhle vor. Innerhalb dieser Schicht entstehen in verschiedener Höhe kleine, mit einer gelben bröckligen Masse erfüllte Lücken, welche nach und nach mit einander sich verbindend, die Epiphysenlösung herbeiführen. Mikroskopisch zeigt sich unmittelbar an der Markhöhle ein zellen- und gefässarmes Schleim-



gewebe, das von äusserst feinen, geradlinigen Bindegewebsfasern mit dazwischen gestreuten Spindelzellen durchzogen wird. In dem Verlauf dieser Fasern finden sich häufig Knochenplättchen eingeschaltet, wie sie öfters auch mit ziemlich erhaltenen Knochenbalken in Verbindung stehen. An solchen Punkten glaubt es Verf. deutlich sichtbar, dass die Tlea ossea zuerst von den Rändern her entkalkt wird, die Grundsubstanz in Fibrillen zerfällt, während die Knochenkörperchen ziemlich intact bleiben. Während bei diesem Vorgange Riesenzellen keine besondere Rolle spielen, kommt es im anderen Theile der Spongiosa zur lacunären Einschmelzung und hier trifft man zahlreiche, grosse Myeloplaxen in dem von Wegner geschilderten Verhältnisse zum Knochen. Fast überall findet sich in dem Gewebe braunes oder gelbliches Pigment; in 2 Fällen sah Verf. kleine Gefässchen mit Mikrokokken verstopft. — Nähert man sich nun der Epiphysengrenze, so sieht man neben gefäss- und zellenreichem Granulationsgewebe derbe, bindegewebige, gefäss- und zellenarme Stellen; dazwischen lagern Riesenzellenhaufen, Knochenbälkchen, welche der lacunären Resorption anheimfallen oder in der beschriebenen Weise aufgefasert werden und Trümmer von kaum erkennbarer Knochensubstanz. Innerhalb der letzteren treten bei dem Fortschreiten des Zerfalls Lücken auf, die allmählich an Ausdehnung zunehmen. Zugleich schieben sich grosse Gefässschlingen und Sprossen vom Granulationsgewebe weit in den Knorpel vor und lösen bedeutendere Stücke der spongioiden Schichten und der Zone der vergrösserten und wuchernden Knorpelzellen aus dem Zusammenhang mit den übrigen Theilen. In die abgetrennten Partien dringen, das Gefüge derselben mehr und mehr zerstörend, junge Zellen und Gefässe ein. Allmählich zerfallen auch die angrenzenden Bezirke des Knorpels. Die Grundsubstanz nimmt den Charakter des Schleimgewebes an, neue Gefässe treten in ihr auf, die Zellen senden vielfache Ausläufer aus und scheinen zu proliferiren. Im weiteren Verlaufe kommen auch hier Spalten zu Stande, welche an einzelnen Punkten grössere Dimensionen annehmen und sich nach und nach mit den durch die Resorption der Knochenbälkchen der Spongiosa gebildeten Lücken in Verbindung setzen. So kommt es schliesslich zur spontanen Fractur, aber die Trennungslinie ist weder gerade, noch hält sie genau die Ossificationsgrenze ein. Von der Region der ehemaligen Spongiosa ausgehend, greift sie weit über die Lage der wuchernden Knorpelzellen hinaus, um mit grösseren oder geringeren

Abschweifungen durch die Verkalkungszone zu einem dem Ausgange entsprechenden Punkte zurückzukehren. In zwei Fällen fand Verf. die Angaben von Parrot, Taylor, Kassowitz bestätigt, dass nach syphilitischer Epiphysenlösung Heilung eintreten könne. Besonders interessant war der eine Fall, in dem die Fragmente durch reichlichen periostalen Talus wieder vereinigt waren und der Epiphysenknorpel in durchaus normaler Ausbildung erschien.

Ein deutlicher Fall von syphilitischer Reinfection bietet, obwohl die Mehrzahl der Syphilidologen die Möglichkeit derselben bereits annimmt, dennoch Interesse. In einer von Pellizzari (23) mitgetheilten Krankengeschichte handelt es sich überdies nicht blos um ein einzelnes Individuum, sondern um einen Mann, der im Zeitraume von 10 Jahren zweimal Syphilis acquirirte und dieselbe zweimal seiner Frau mittheilte. Im Jahre 1870 zum ersten Male mit einer Sklerose behaftet, hielt er sich anfangs von seiner Frau fern und schwängerte sie erst zu einer Zeit, als keine sichtbaren Erscheinungen mehr bei ihm zu constatiren waren. Im 4. Monate der Schwangerschaft traten bei der Frau ohne vorangegangene Primäraffectionen Papeln an den Genitalien und später andere allgemeine Syphilis-Erscheinungen auf. Es handelte sich also um eine sogenannte „Syphilis durch Empfängniss". Nach Ablauf der normalen Schwangerschaftsperiode gebar die Frau ein syphilitisches Kind. Der Mann hat niemals eine allgemeine antisyphilitische Behandlung durchgemacht, wohl aber wiederholt die Frau, und trotzdem sie immer mit der grössten Sorgfalt antisyphilitisch behandelt wurde, traten dennoch mehrere Male Recidiven in den verschiedensten Systemen bei ihr auf. Im Jahre 1880 acquirirte der Mann abermals eine hartnäckige Sclerose, die jedoch, wie das erste Mal, nur von sehr leichten allgemeinen Erscheinungen (schwaches maculöses Syphilid) begleitet war. Diesmal inficirte er seine Frau direct und P. constatirte bei ihr einen exulcerirten Pergamentschanker zwischen kleiner und grosser rechter Schamlippe, dem auch diesmal sehr heftige allgemeine Erscheinungen folgten. Bei beiden wurde nun mit Erfolg eine antisyphilitische Behandlung durchgeführt. Verf. gelangt zu folgenden Schlusssätzen: 1. Der Mann hat, obwohl er niemals eine antisyphilitische Behandlung durchgemacht hatte, nach 10 Jahren ein zweites Mal Syphilis acquirirt. 2. Die Frau konnte während dieser Zeit zweimal von ihrem Manne inficirt werden, trotzdem sie fortwährend antisyphilitisch behan-



delt wurde. 3. Es hat also weder die antisyphilitische Behandlung, noch der Mangel einer solchen irgend welchen Einfluss auf die Empfänglichkeit für die Syphilis, trotzdem beide Eheleute in gleichem Alter und von gleich kräftiger Constitution waren und dieselbe Lebensweise führten. Schiff.

Schon im Jahre 1870 machte Bozzi in Mailand darauf aufmerksam, dass durch subcutane Injectionen von Jodoform von Syphilis bedingte Neuralgien zum Schwunde gebracht werden können. Diese Angabe gerieth in Vergessenheit und erst 1881 hat Thomann (diese Vierteljahrschr. pag. 700, 1881) eine kurze Mittheilung über den günstigen Verlauf von mit Jodoforminjectionen behandelten syphilitischen Exanthemen gemacht.

Statt der sehr diluirten Lösung Thomann's: 1 Jodoform in 20 Mandelöl, hat nun Neumann (24) eine etwas saturirtere Lösung: 1 Jodoform in 15 Ol. Ricini, später auch Injectionen von 1 Jodoform in 6 Aether sulfur., 1 Jodoform in āā 5 Aether sulfur. und Ol. olivarum, 1 Jodoform in 7 Ol. Ricini, 6 Jodoform in 20 Glycerin mit Erfolg angewendet.

Es wurden einem Kaninchen in verschiedenen Zeiträumen vier Injectionen von Jodoform in verschiedener Concentration und verschiedenem Vehikel injicirt, das Thier einige Zeit darauf getödtet. Durch genaue Bestimmung des noch im subcutanen Bindegewebe zurückgebliebenen Jodoforms im Laboratorium des Prof. Ludwig ergab sich, dass beim Thiere von in Glycerin suspendirtem Jodoform 0,02 Grm., von dem in Aether gelösten 0,04 Grm. pro die resorbirt werden. Ein ähnliches chemisches Verfahren beim Menschen ergab, dass von Glycerinsuspensionen 0,04 Jodoform täglich zur Resorption kamen.

N. machte nunmehr in ähnlicher Weise, wie dies Weisflog für Quecksilberinjectionen empfahl, Einspritzungen mit Jodoform in die dem Infectionsherd nächstgelegenen Lymphdrüsen. Wenn auch keine Einwirkung auf den Syphilisprocess constatirt werden konnte, so war die Einwirkung auf den Verlauf der Drüsenschwellung selbst eine äusserst günstige, indem hühnereigrosse Drüsentumoren oft nach wenigen Injectionen sehr rasch zur Norm zurückkehrten.

Was die Einwirkung auf die Exantheme betrifft, so wurde die Erfahrung gemacht, dass maculöse Formen im Durchschnitt auf



40 Injectionen schwanden, während papulöse Formen einer grösseren Zahl, bis 80 Injectionen im Durchschnitt bedurften, wobei dann die Papel nicht gleichmässig resorbirt wurde, sondern die Resorption bald vom Centrum, bald von der Peripherie allein ausging.

Iritiden leisteten der Behandlung hartnäckigen Widerstand und musste in zwei zur Beobachtung gelangten Fällen schliesslich zu Einreibungen geschritten werden. (Eine solche Statistik der Wirkung eines Mittels gegenüber einzelnen Formen der Krankheit ist sicher ohne wissenschaftlichen Werth. A.)

Schliesslich bemerkt N., dass man von dieser Methode keine rasche Beseitigung der Syphilissymptome erwarten dürfe, weshalb die Jodoforminjection in dieser Beziehung weit hinter der Quecksilberbehandlung zurückstehe, allein bei dem wie wohl auch unbegründeten Vorurtheile, das manche Aerzte und Laien der Quecksilberbehandlung entgegenbringen, müsse jede Methode, die einen nachweisbaren, wenn auch langsamen günstigen Erfolg aufweist, willkommen sein.

Mraček berichtet ferner (25) über einen Fall von exquisiter secundärer Syphilis, in welchem er im März 1879 Jodoforminjectionen vorgenommen hatte. Es wurden innerhalb 13 Tagen 6 Grm. Jodoform in Glycerin suspendirt eingespritzt. Nach der von Prof. Ludwig angestellten Analyse wurden in den ersten 6 Tagen im Gesammt-Urin 0,1 Gramm Jodoform nachgewiesen. Die Ausscheidung durch den Urin fand 40 Tage hindurch statt. Ein günstiger Einfluss auf den Syphilisprocess konnte nicht constatirt werden, was wohl der langsamen Resorption, durchschnittlich circa 0,1 Jodoform pro die zugeschrieben werden muss. Bei der vom Verf. angestellten mikroskopischen Untersuchung des Gewebes an der Stelle einer 10 Tage vor der Nekroskopie gemachten Injection liessen sich zwischen dem breiig eingedickten Jodoform Eiterkörperchen nachweisen. An den Präparaten waren noch in dem zu Grunde gegangenen subcutanen Zellgewebe Jodoformkrystalle von dem nicht ganz bei der Härtung gelösten Jodoform sichtbar. Die Peripherie der Injectionsstelle liess erweiterte Gefässe und eine Entzündung des Fettgewebes erkennen, als Zeichen einer durch das lange Liegenbleiben der Jodoformkrystalle in dem Gewebe gesetzten Reizung.

Als Nachtrag zu seiner früheren Mittheilung über diesen Gegenstand (s. oben) theilt endlich Thomann (26) einige neue Beobachtungen



mit. Verf. fand, dass die Behandlung mit Jodoform-Einspritzungen in der secundären Periode der Syphilis eine gute Wirkung auf die Drüsenschwellung ausübt; aber hauptsächlich dann, wenn die Einspritzungen im Bereiche der geschwollenen Leistendrüsen gemacht wurden. Auf die Exantheme und Schleimhautaffectionen sei die Wirkung eine langsame (Jawohl. A.). In der tertiären Periode der Syphilis war der Erfolg ein günstigerer; dies war vorauszusehen, da Jodpräparate überhaupt in dieser Periode eine günstige Wirkung ausüben. Die Dosen, welche Verf. jetzt benutzte, sind 0,50—1,50 Jodoform für jede Einspritzung. Verf. brachte dadurch in 13 Applicationen eine eben solche Menge Jodoform in den Körper, wie früher durch 65. Diese grossen Dosen wurden ohne jeden Nachtheil vertragen.

Aus zwei weiter mitgetheilten Fällen lässt sich nach dem Verfasser erkennen (? A.):

1. dass das Jodoform bei tertiären Luesfällen einen günstigen Einfluss auf den Heilungsprocess der Affectionen ausübt;

2. dass die grössere Dosirung, welche vertragen wird, die Behandlungsdauer abkürzt;

3. dass nach langer Zeit nach dem Aussetzen der Jodoform-Einspritzungen (in den obigen beiden Fällen noch nach 43 Tagen) das Jod im Harn nachweisbar ist. Es scheint also, dass noch lange Zeit der Organismus mit der medicamentösen Substanz versorgt bleibt;

4. dass keine üble Nebenwirkung des Jodoforms zu constatiren war. Es traten weder, wie häufig bei Jodkalibehandlung, Acne oder Jodschnupfen auf, noch die unangenehmen subjectiven Empfindungen, wie sie sonst auch bei Jodoform aufzutreten pflegen.



Buchanzeigen.

Etude critique sur la Pathogénie et le Traitement du Chancre syphilitique. Par Claude Perronnet, ancien Professeur de l' Université (Philosophie et Histoire). Thèse. Lyon 1882, 42 Seiten.

In einer These, welche zu Lyon erschienen ist, behandelt ein Herr Peronnet, der, wie es scheint, früher den schönen Wissenschaften gehuldigt hat und nachträglich zur Medicin umgesprungen ist, den Schanker, das syphilitische Gift, und was alles noch daran hängt, auf Grund jener Lehren, welche eben in der Lyoner Schule seit längerer Zeit massgebend sind. Neues bringt der Verf. nicht vor, es sei dies denn ein Excurs über die Schanker-Excision, welcher an Entstellung der Thatsachen, falschen Suppositionen und wunderlicher Selbstüberhebung das höchste leistet. Ich citire z. B. wörtlich, was über meine Arbeit (diese Vierteljahresschr. 1877) gesagt wird: „Unna und Auspitz[1]) haben von 33 Excisionen 18 (statt 14, siehe p. 157 in meiner Abhandlung) Erfolge verzeichnet, welche sich auf Vorhaut- und Vorhaut-Eichelschanker vertheilen: nun ist aber in diesen Theilen der einfache Schanker häufiger als der syphilitische und hat die Tendenz, das Aussehen einer angeblich charakteristischen Induration oder die knochenharte Consistenz anzunehmen (!R.). In der 9. Beobachtung (Schanker des äusseren Vorhautblattes und des Limbus) erschienen diese beiden Schanker nacheinander ohne einen Coitus, welcher das Erscheinen des späteren Schankers erklären würde. Ist das nicht eine Autoinoculation von weichem Schanker?"

Hierauf wird nun auch eine Tabelle der von mir mit Erfolg excidirten Schanker vorgelegt, deren Angaben jedoch mannigfach falsch zusammengestellt erscheinen, wie die Vergleichung mit der

[1]) Die Arbeit über Excision ist von mir allein, die sich daranschliessende über die Anatomie der Initial-Sklerose von Unna und mir.



Originalabhandlung evident zeigt. Die von mir als gesund bezeichneten 14 Fälle sind durch die Nummern der Krankengeschichten 3, 6, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 23, 24, 25, 28, 29, 31 markirt, die Tabelle von Peronnet umfasst dagegen die 18 Fälle 3, 5, 6, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 28, 31, 32, 33! — Und direct an dieses unrichtige Referat schliesst der Autor ganz ohne weitere Begründung oder Vermittlung die Schlussfolgerung: „Aus diesem Tableau geht hervor, dass die mit Erfolg excidirten Schanker einfache Schanker gewesen sind".

Ich habe seit dem Erscheinen der hier erwähnten Arbeit vielerlei „Kritik" über mich ergehen lassen, ohne zu repliciren, weil ich es der Sache förderlich gehalten habe, einige Zeit abzuwarten, um dann die Resultate verschiedener Forscher mit meinen weiter fortgesetzten Erfahrungen vergleichen, irrige Anschauungen meinerseits oder von Seite Anderer, auf ein grosses Beobachtungsmaterial gestützt, richtig stellen und vielleicht neue Gesichtspunkte in Betreff der Frage gewinnen zu können.

Dieser Absicht bleibe ich jedenfalls treu, doch möge es mir nicht verwehrt sein, ausnahmsweise einen jüngeren Autor, dessen wissenschaftliche Methode vielleicht gar als jene seiner Lehrer, denen ja die These gewidmet ist, angesehen werden könnte, im Vorübergehen an zweierlei zu erinnern: Erstens daran, dass in der Wissenschaft als Kennzeichen der guten Gesellschaft angesehen werden muss, die Wahrheit zu sagen, die ganze Wahrheit und nichts als die Wahrheit. Zweitens, was die Schlussfolgerung des Herrn Peronnet anlangt, dass ich wohl das Recht zu haben glaube, seine Unterstellungen in Bezug auf die diagnostischen Mängel meiner Arbeit als vorlaut und unpassend zurückzuweisen. Auspitz.

Varia.

Mit dem eben erschienenen vierten October-Hefte haben die seit dem Jahre 1874 in New-York unter der Redaction von Dr. Duncan Bulkley erschienenen „Archives of Dermatology" ihr Erscheinen eingestellt.

Bibliographie vom Jahre 1882.

Zweites Verzeichniss.

(Fortsetzung von pag. 595 ff.)

Dermatologie.

Aguilera, P., Consideraciones surgidas par la exposicion de un caso de la enfermedad de Werlhoff. — Union de la cien. méd. Cartagena. II. p. 184—187.

Alison, A., Sur la revaccination chez les enfants. Paris. 8°. — Aus: Arch. générales de méd.

Amicis, T. de, Caso singolarissimo di dermatite pemfigoide esfogliativa seguita da eritema papulato, anulare, girato, orticato con recidiva a tipo biennale ed annuo e nigrizie residuale consecutiva. — Giornale ital. delle malattie veneree. Milano XVII. p. 17—34 u. 2 Taf.

Amicis, T. de, Caso rarissimo di zoster bilaterale universale. — Giornale internazion. d. scien. med. Napoli. N. S. IV. p. 75—82.

Amicis, T. de, Pemfigo foliaceo circonscritto; trattamento con la corrente costante ed indotta. — Rivista clin. e terap. Napoli. IV. p. 59—63.

Arloing, Cornevin et Thomas, Á propos des expériences de M. Rivolta faites à l'École royale supérieure vétérinaire de Pise, sur les injections intra-veineuses comme moyen préventif du charbon symptomatique. — Journ. de méd. vétér. et zootech. Lyon. 3. Sér. VII. p. 169—178.

Arloing, Cornevin et Thomas, Note relative à la conservation et à la destruction de la virulence du microbe du charbon symptomatique. — Recueil de méd. vétérinaire. Paris. 6. Sér. IX. p. 467—472; auch Lyon méd. XL. p. 181—186.

Atkinson, J. E., A case of tubercular leprosy originating in contagion. — Arch. med. New York. VII. p. 251—261.



Bailhache, P. H., Inspection of vaccine farms in Maryland and District of Columbia. — Nat. Bd. Health. Bullet. Washington 1881—1882. III. p. 447.

Baker, M., Acne keloid. — Brit. med. Journ. London. I. p. 579.

Balestra, P., Sull' origine della pellagra in Italia e piu particolarmente nella provincia romana; considerazioni e proposte. — Bullett. d. Commiss. spec. d'igien. d. municip. di Roma. III. p. 8—27.

Balzer, F., Recherches sur la dégénérescence granulo-graisseuse des tissus dans les maladies infectieuses; parasitisme du xanthelasma et de l'ictère grave. — Revue de méd. Paris. II. p. 307—312.

Barceló Estivill, R., Notable caso de cuerno humano observado en la clinica de operatoria quirurgica à cargo del Dr. Morales Perez. — Boletina d. Ateneo de alumnos intern. de la Fac. de méd. de Barcelona. I. p. 163—165.

Barth, H., De la filaire du sang et de ses rapports avec l'éléphantiasis des Arabes et quelques autres maladies des pays chauds. — Annales de dermat. et de syph. Paris. 2. Sér. III. p. 248.

Barthélemy, Étude générale des rash. — Ebenda p. 239—247.

Barthélemy, Deux observations de naevus zoniformes lisses, l'un pigmentaire, l'autre vasculaire. — Ebenda p. 280—284.

Bartoszewicz, Venceslas, Traitement des affections cutanées par les scarifications. Thèse. Paris. 4°. p. 180.

Bastero y Lerga, J., Enfermedades carbuncosas. — Clin. escolar. Zaragoza. I. pp. 2, 7.

Batten, J. M., Vaccination and revaccination. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVII. p. 20.

Béclère, Antoine, Contribution à l'étude de la contagion à l'hôpital des enfants; de la contagion de la rougeole. Thèse. Paris. 4°. p. 112.

Behrend, G., Infection durch Herpes tonsurans vesiculosus. — Berliner klin. Wochenschr. XIX. p. 308.

Behrend, G., Ueber Pityriasis rosea (Gibert), Pityriasis maculata et circinata (Bazin). — Verhandlungen d. Berliner med. Gesellsch. XII. 2. Theil. p. 220—238.

Bendandi, G., L'excisione come cura della pustola maligna. — Bullett. d. scien. med. di Bologna. 6. Ser. IX. p. 160—166.

Bermann, I., The bacillus leprae. — Arch. med. New York. VII. p. 262—266.



Besnier, E. et F. Balzer, Les dermatomycoses. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris. 2. Sér. XIX. pp. 326, 341.

Boenning, H. C., A case of prurigo. — Philadelphia med. Times. 1881—82. XII. p. 519.

Böing, H., Thatsachen zur Pocken- u. Impffrage. Eine statistisch-ätiologisch-kritische Studie. Leipzig. 8°. p. 116.

Bossart, A., Purpura haemorrhagica. — Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Basel. XII. p. 422—425.

Bourne, H., Mesures prises à Rochefort contre les épidémies de rougeole de la garnison. — Annales d' hygién. Paris. 3. Sér. VII. p. 337—345.

Brewer, E. P., On the limit of skin vitality. — Med. Record. New York. XXI. p. 483.

Bulkley, L. Duncan, Manual of diseases of the skin, with an analysis of eight thousand cases and a formulary. New York. 8°. p. 320.

Bulkley, L. D., Clinical illustrations of diseases of the skin. — Arch. of dermat. New York. VIII. p. 126—133.

Burke, C. C., Chicken-pox or small-pox? — Texas med. and surg. Record. Galveston. II. p. 171—176.

Campana, R., La naftalina in alcuni eczemi. — Rivista. Genova. I. p. 209.

Campbell, H. F., Erysipelas in childbed without puerperal peritonitis. — Transactions of the American Gynecolog. society. Philadelphia. VI. p. 244—257.

Carpenter, A., Some of the conditions which modify or increase the infective character of scarlatina. — Sanitary Record. London. 1881—82. N. S. III. p. 362—368.

Carreras-Aragó, El sarampion en sus diversas manifestaciones oculares primarias ó consecutivas. — Revista de cien. méd. Barcelona. VIII. p. 351—355.

Carrieu et Pourquier, La génisse et la vache laitière comme sources de vaccin. Montpellier. 8°. — Aus: Gaz. hebd. d. scien. méd.

Cerné, Érysipèle médical à foyers multiples et péritonite érysipélateuse. — Arch. générales de méd. Paris. I. p. 680—698.

Chancellor, C. W., Report upon the outbreak of small-pox in Charles County. — Med. Rep. Bd. Health. Maryland. Frederick. IV. p. 60—63.

Chandelux, A., Recherches histologiques sur les tubercules sous-



cutanés douloureux. — Arch. de physiol. norm. et path. Paris. 2. Sér. IX. p. 639—683 u. 2 Taf.

Chatterjee, O. C., A specific for eczema; animal charcoal. — Indian med. Gaz. Calcutta. XVII. p. 96.

Chisolm, J. J., Extensive ravages from lupus, with subsequent cicatrization, leaving but one small hole in the face, which represents both mouth and nose, and with complete closure of the anterior nasal orifices. — Arch. of ophthalm. New York. XI. p. 234—238.

Cilley, J. L., Interesting results attending the almost simultaneous use of animal and humanized vaccine virus. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. IX. p. 3.

Coni, La lepra en Buenos Aires; un caso de lepra maculosa ó pigmentaria. — Revista méd.-quirur. Buenos Aires 1881—82. XVIII. p. 491—493.

Cortezao, A. A., Cura d'uma pustula maligna em quinze dias pelo acido phenico. — Coimbra med. II. p. 37.

Crockett, J. A., Vaccination as the preventive of small-pox. — Stoddart's Rev. New York Nr. 36. p. 496—499.

Deichmüller, A., Ueber Acetonurie bei Scharlachkranken. — Centralbl. f. klin. Med. Bonn. III. p. 1.

Dejérine, J., Sur l'existence d'altérations de nerfs cutanés dans les eschares survenant pendant le cours d'affections de la moelle épinière et du cerveau. — Arch. de physiolog. norm. et path. Paris. 2. Sér. IX. p. 499—506.

Del Gaizo, E., Due casi clinici di pustula maligna ed edema charbonchioso curati con le iniezioni fenicate. — Annali clin. di ospit. incur. Napoli. VII. p. 63—67.

Descroizilles, Considérations sur l'érysipèle étudié chez les enfants. — France méd. Paris. I. p. 565—569.

D'Espine, A., Rougeole. — Nouv. diction. de méd. et chir. prat. Paris. XXXII. p. 1—28.

D'Espine, A., Éclampsie urémique scarlatineuse guérie par la saignée (analysie du sang et de l'urine par Frütiger et Jaccard). — Revue méd. de la Suisse Roman. Genève. II. p. 201—205.

Desplats, H., Notes sur la varicelle et la rougeole, à propos d'une petite épidémie observée à Lille. — Journ. d. scienc. méd. de Lille. IV. p. 343—350.



Duhring, L. A., Practical treatise on diseases of the skin. IIIrd edition. Philadelphia. 8°.

Eklund, E., Étude sur la lépre (elephantiasis Graecorum vel lepra Arabum). — Annal. de derm. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 220—223.

Fabre, P., Le zona; mémoire couronné. — Annales de la soc. de méd. d'Anvers. 1881. XLII. pp. 205, 329; 1882. XLIII. pp. 30, 150 u. 1 Taf.

Faye, J. W., Special report on leprosy. — Transactions of the American Dermat. Assot. Chicago. 1881. V. p. 40—44.

Fedeli, F., Erisipela. — Annali univers. di med. e chir. Milano. CCLIX. p. 252—255 u. 1 Taf.

Fehleisen, Ueber Erysipel. — Deutsche Zeitschr. f. Chir. Leipzig 1881—82. XVI. p. 391—397 u. 2 Taf.

Forlanini, La cura radicale della politrichia colla elettrolisi. — Gazz. d. ospit. Milano. III. pp. 345, 361, 377.

Fórmica Corsi, A., Estudios sobre el terreno acerca la actual epidemia de sarampion. — Revista de cien. méd. Barcelona. VIII. p. 193—196.

Fraser, D. M., The nervous sequelae of scarlet fever. — Practitioner. London. XXVIII. p. 431. XXIX. p. 22.

French, J. M., Scarlatinous erythema following administration of quinine. — Med. Record. New York. XXI. p. 627.

Gallerani, F., Un caso di dermite esfogliativa o ptiriasi rossa di Hebra. Milano. 1881. 8°.

Gayton, W., Small-pox in birds. — British med. Journ. London. I. p. 655.

Gelabert, E., Junta municipal de Sanidad; Comission higiènica; instruccion popular, que con motivo de la epidemia reinante de sarampion publica la Junta municipal de Sanidad. — Higiène para todos. Barcelona. I. p. 73.

Georganta, A., *Διεθνές τῆς ἠλεκτρικῆς συνέδριον το ἐν Παρισίος περί θεραπείας τῆς τῶν 'Αράβων ἐλεφαντιάσεως δί ἠλεκτρισμοῦ*. — *Γαληνός, Αθῆναι, Ζ.*, 358, 369, 413.

Géraud, L'orchite vaccinale est-elle possible? — Recueil d. mémoires de méd. . . . militaires. Paris. XXXVIII. p. 180—184.

Gibney, V. P., The sequelae of measles, with special reference to the development of a strumous diathesis. — Med. Record. New York. XXI. p. 589—592.



Giné y Partagás, J., Semeyótica simbolica cutánea. — Bolet. d. Ateneo de alumnos intern. de la Fac. de méd. de Barcelona. I. p. 49—52.

Givogre, Relazione sul raporto delle malattie infettive ed in particolare del morbillo per mesi di febbrajo, marzo, aprile e maggio 1881. — Giornale di med. militare. Roma. XXX. p. 357—377.

Gonžales, E., Della pellagra nella provincia di Milano. — Gazz. med. ital. lombard. Milano. 8°. Sér. IV. pp. 94, 175.

Goudounéche, Leon, Contribution à l'élude de la fièvre herpétique. Thèse. Paris. 4°. p. 53.

Gracia Duarte, E., Del molluscum; historia de un caso. — Prensa méd. de Granada, 1881. III. pp. 560, 577.

Green, T., Salicylic acid as a remedy for corns. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVII. p. 55.

Grilli, P., L'étá dei pellagrosi. — Imparziale. Firenze. XXII. p. 210—215.

Guèniot, Gourme et vaccine; relation d'un cas de pullulation vaccinale chez un enfant atteint d'eczéma généralisé. — Bulletin de l'Acad. de méd. Paris. 2 Sér. XI. p. 584—597.

Guibout, E., Conférences cliniques sur les maladies de la peau. — Union méd. Paris. 3 Sér. XXXIII. p. 749—754.

Guibout, E., De la bénignité et de la malignité dans les dermatoses. — Gaz. des hôpitaux. Paris. LV. p. 491—493.

Guibout, E., Des lésions élémentaires de la peau au point de vue séméiologique. — Thérap. contemp. Paris. II. p. 305—312.

Gutierrez, E., De las letálides. — Revista espec. de oftalm. sifil. etc. Madrid. II. p. 193—206.

Guttmann, P., Ueber die Pockenerkrankungen in Berlin im Jahre 1881, nach Beobachtungen im städtischen Baracken-Lazareth. — Berliner klin. Wochenschr. XIX. pp. 265, 287.

Gysberti Hodenpyl, L. P., Scarlatina gevolgd door stomacace eindigende met doorboring. (Ulcus noma?) — Nederlandsch milit. geneeskundig Arch. Utrecht. VI. p. 20—25.

Haas, A., Identität von Herpes tonsurans und Pityriasis circinata. — Berliner klin. Wochenschr. XIX. p. 259.

Hallopeau, H., Des éruptions pemphigoïdes d'origine iodique. — Union méd. Paris. 3 Sér. XXXIII. p. 481—485.

Hardy, Sunto delle lezioni sulle malattie cutanee in genére e



dei dartri in specie; compilati per C. Bagnoli. — Spallanzani. Modena. 2. Ser. XI. pp. 83, 259, 300.

Hastreiter, Zur Behandlung des Erysipels. — Wiener med. Presse. XXIII. pp. 761, 792.

Heitzmann, C., Clinical experience in the use of the solution of oxysulphuret of calcium. — Transactions of the American Dermat. Associat. Chicago. 1881. V. p. 44—46.

Henoch, Ueber die eitrige Gelenkentzündung beim Scharlachfieber. — Charité-Annalen. Berlin. VII. p. 641—648.

Henoch, Ueber Endocarditis scarlatinosa. — Ebenda p. 648—656.

Henoch, Ueber Scharlachrecidive. — Ebenda. 656—663.

Henoch, E., Zur Pathologie der Masern. — Berliner klin. Wochenschr. XIX. p. 193—195.

Hermann, L., Neue Untersuchungen über Hautströme. — Arch. f. d. gesammte Physiol. Bonn. 1881—82. XXVII. p. 280—288.

Hernando, B., Del estado de la sesibilidad en la lepra. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. II. p. 65—81 u. 1 Taf.

Hernando, B., Del bacillus leprae. Ebenda. p. 9—23.

Heusner, Ein Fall von Sclerodermia universalis. — Deutsche med. Wochenschr. VIII. p. 195.

Hillairet, Une épidémie de teigne dans le XIe arrondissement. — Progrès méd. Paris. X. p. 421.

Hiller, A., Acutes symmetrisches Erythema papulosum an den Händen und Füssen, bedingt durch septische Infection von einem jauchigen Eiterherd aus. — Charité-Annalen. Berlin. VII. p. 332.

Hiller, A., Scarlatina; multiple Synovitis unter dem Bilde einer Polyarthritis rheumatica; gleichzeitig Endocarditis mit Hinterlassung eines Klappenfehlers. — Ebenda p. 325—327.

Hodgson, A., Small-pox pustule on the cornea. — Lancet. London. I. p. 897.

Hottendorf, Pilocarpine in the treatment of scarlatina and diphtheria. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 488—490.

Huguenin, Ist in der Frage der Abschaffung des Impfzwanges mit Ja oder Nein zu stimmen? Zweite Auflage. Zürich. 8°.

Hugues E., Érysipèle; néphrite. — Marseille méd. XIX. p. 207—209.

Hutchinson, J., On gangrenous eruptions in connection with chicken-pox and vaccination. — Proceedings of the roy. med. and chir. society of London. IX. Nr. 3. p. 88—91.



Hyde, J. N., Dermatology and its relations to periodical literature; address of the President. — Transactions of the American Dermat. Associat. Chicago. 1881. V. p. 5—21.

Jackson, G. T., A rare case of erythema nodosum. — Med. Record. New York. XXI. p. 626.

Jamieson, W. A., Pityriasis maculata et circinata. — British med. Journ. London. I. p. 817.

Johanson, E., Oleum betulae empyreumaticum glycerinatum gegen Eczema. — Pharm. Zeitschr. f. Russland. St. Petersburg. XXI. p. 383—386.

Jones, C. H., Case of herpes zoster affecting left arm in an elderly person; severe neuralgic pain and paralysis; benefit from galvanism. — Med. Times and Gaz. London. I. p. 468.

Jones, C. H., Psoriasis; use of chaulmoogra oil, chrysophanic acid, warm packs and jaborandi. — Med. Press and Circular. London. N. S. XXXIII. p. 417.

Jones, T. H., Purpura haemorrhagica. — St. Louis med. and surg. Journ. XLII. p. 434—437.

Kaposi, Ueber Xeroderma pigmentosum und dessen Beziehung zum Epithelialkrebs. — Wiener med. Wochenschr. XXXII. p. 495—497.

Kaposi, Lupus erythematosus. — Aus: Transactions internat. med. Congr. London 1881 in: Arch. of dermat. New York. VIII. p. 112—119.

Keesbacher, F., Ueber den sogenannten epidemischen Friesel (Morbus miliaris). — Memorabilien, Heilbronn. N. F. II. p. 129—146.

Kennedy, H., Two cases of eczema, both fatal, with a few remarks on the disease. — Dublin Journ. of med. science. 3. Ser. LXXIII. p. 521—530.

Kiernan, J. G., Psychosis produced by scarlatina. — Journ. of nervous and mental disease. New York. N. S. VII. p. 316—327.

Klamann, Zur Behandlung des Erysipelas. — Deutsche med. Zeitg. Berlin. III. p. 235.

Köbner, H., Uebertragungsversuche von Lepra auf Thiere. — Virchow's Archiv. Berlin. LXXXVIII. p. 282—306.

Kopff, L. von, Ueber den heilenden Einfluss des Erysipels auf Polyarthritis acuta. — Berliner klin. Wochenschr. XIX. p. 290—292.

Kuessner, Bernhard und Richard Pott. Die acuten Infectionskrankheiten. Braunschweig. 8°. p. 460.



Küster, E., Ueber die Heilbarkeit des Lupus. — In dessen: Ein chir. Triennium. 1876—78. Kassel und Berlin. 1882. 8°. p. 40.

Küster, E., Melanosarkom des Nagelbettes; secundäre Sarkome der Achselhöhle und der Rückenhaut; Exstirpation; Heilung; später Tod an Recidiven. — Ebenda. p. 255.

Landrieux, De l'influence du nombre et de l'apparence des cicatrices vaccinales sur le pronostic de la variole. — Praticien. Paris. V. p. 283.

Lassar, Therapie des Eczems. — Verhandlungen der Berliner med. Gesellsch. XII. p. 21—29.

László, E., A vőrhenyjárvány Orosházau (Scharlachepidemie in Oroszhaza). — Gyógyászat. Budapest. XXII. p. 401—407.

Leloir, H. et P. Merklen, Syncope locale des extrémités, eczema de la paume des mains et des doigts. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III., p. 351—354.

Lemmer, L., Ueber den Werth der animalen Vaccine im Vergleich zur humanisirten, mit besonderer Berücksichtigung des Pissin'schen Verfahrens; eine kritische Studie. — Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. Berlin. N. F. XXXVI. p. 272—293.

Lemoine, G., Ichthyose ansérine des scrofuleux. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. pp. 257, 343.

Letulle, M., Sclérème. — Nouv. dictionn. de méd. et chir. prat. Paris. XXXII. p. 603—622.

Levi, M. R., Complicazioni e successioni del morbillo. — Sperimentale. Firenze. XLIX. pp. 3, 113, 225.

Lewinski, Ueber Urticaria pigmentosa. — Virchow's Archiv. Berlin. LXXXVIII. p. 576—584.

Lewinski, Ueber Hautfurchen und Hautpapillen. — Arch. f. Physiol. Leipzig. p. 118—120.

Liveing, R., Remarks on bald tinea tonsurans and vegetable parasites. — British med. Journ. London. I. p. 496.

Liveing, R., On the causes of alopecia areata. — Arch. of dermat. New-York. VIII. p. 107—111.

Livi, R., Del morbillo nell esercito ed in particolare di una epidemia dominata nel presidio di Firenze nel 1880. — Giornale di med. milit. Roma. XXX. p. 69—95.

Litten, M., Beiträge zur Lehre von der Scarlatina. — Charité-Annalen. Berlin. VII. p. 109—187.



Lombroso, C., Profilassi della pellagra nella provincia di Torino. — Giornale della reale Accad. di med. di Torino. 3. Ser. XXX. p. 15—31.

Lombroso, C., Sulla pellagra nella provincia di Torino. — Arch. di psichiat. etc. Torino, III. p. 1—19 u. 2 Taf.

Lyster, H. F., The ambulance hospital for small-pox. — Physician and Surg. Ann. Arbor. Mich. IV. p. 154—162.

Mackenzie, S., Peliosis rheumatica. — Lancet. London. I. p. 441.

Madigan, M. J., Vaccination among the insane. — Chicago med. Rev. VI. p. 300.

Makuna, M. D., Observations on the pre-eruptive stage in small-pox; with history of cases. — Med. Times and Gaz. London, I. pp. 495, 551, 579, 606, 632.

Makuna, M. D., Ectrotic treatment of varioles in small-pox; cauterisation by carbolic acid; morbid anatomy and pathology of the varioles. — British med. Journ. London. I. p. 699; auch Lancet. London. I. p. 783.

Malinowski, A., Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci. (Complicationen bei acuter Entzündung der Haut.) — Gaz. lekarska. Warszawa. 2. Sér. II. pp. 241, 267.

Maresio Bazolle, A., Della malattia carbonchiosa negli animali bovini, e delle condotte provinciali. Belluno. 8°.

Martorelli, Relazione sulle pubblicazioni dal Dottor Nataello Scrafino riflettenti il censimento vaccinico della città di Napoli negli anni 1878—1879—1880. — Giornale d. r. Accad. di med. di Torino. 3. Ser. XXX. p. 373—382.

Masini, A., Sopra l'attuale epidemia di morvillo in Genoa. — Salute: Igien. pop. Genova. 2. Ser. XVI. p. 25.

Masse, E., Les vaccinations charbonneuses de Talais (Gironde). — Gaz. hebdomad. d. scienc. méd. de Bordeaux. II. p. 282—284.

Mauriac, E., Contribution à l'étude de l'épidémie de variole qui a sévi à Bordeaux pendant les années 1880 et 1881 (prophylaxie et statistique). — Journ. de méd. de Bordeaux. 1881—82. XI. pp. 369, 382, 393.

McClellan, G., On the local treatment of carbuncle by the moist-sponge dressing and counter-irritation. — Med. Record. New York XXI. p. 626.

McNaught, J., Peliosis rheumatica. — British med. Journ. London. I. p. 575.



Mehlhose, Günstige Wirkung von Sinapismen bei einem Blatternkranken. — Memorabilien. Heilbronn. N. F. II. p. 162—164.

Merry Delabost, Épidémies de variole dans la prison départementale de Rouen; résultats de la revaccination générale. — Annales d'hygiène publ. et de méd. légale. Paris. 3. Sér. VII. p. 385—396.

Mestrum, Zur Praxis der Schutzpocken-Impfung. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 360—362.

Miles, A. J., Report on small-pox. May 8. 1882. Cincinnati. 8°. p. 15.

Modrzejewski, E., Wieloliczne, wrodzone włókniaki Recklinghausen'a (Fall von multiformem, congenitalem Fibroma molluscum). — Gaz. lekarska. Warszawa. 2. Ser. II. pp. 380, 412 u. 2 Taf.

Napier A., On the use of chrysophanic acid internally in psoriasis. — Lancet. London. I. p. 817—819.

Nazareth, J., A variola em Coimbra. — Coimbra méd. 1881. I. p. 372; 1882, II. pp. 4, 19, 34, 53, 67, 88, 106, 122.

Neuburg, J., Ueber die Behandlung des Erysipels. — Pester med. chir. Presse. Budapest. XVIII. p. 257—259.

Neumann, Fall von spontaner Hautgangrän. — Wiener med. Wochenschr. XXXII. p. 600.

Nibbi, D., La pellagra nel Messico. — Arch. di psichiat. etc. Torino. III. p. 141.

Nielly, Cas de dermatose parasitaire. (Anguilla Leptodera?) — Bullet. de l'Académ. de méd. Paris. 2. Sér. X. p. 395—405.

Nielly, M., Diagnostic et traitement de la papulose filarienne. — Thérap. contemp. Paris. II. p. 345.

Nielly, M., Un cas de dermatose parasitaire observé pour la première fois en France. Arch. de méd. navale. Paris. XXXVII. p. 337—345.

Octerlony, J. A., On the nature, mode of propagation, pathology, and treatment of scarlatina. — American Journ. of the med. sciences. Philadelphia. N. S. LXXXIV. p. 17—45.

Ohmann-Dumesnil, A. H., Acne vulgaris. — St. Louis med. and surg. Journ. XLIII. p. 36—51.

Oswald, R., Peculiar skin-eruption occurring during pregnancy. — British med. Journ. London. I. p. 702.

Palacios, Escrofúlide maligna, contendencia a lupus, del dorso de la mano izquierda. — Revista espec. de oftalm. sifil. etc. Madrid. II. p. 25—27.



Pasteur, L., Remark on anthracic vaccination as a prophylactic of splenic fever. — British med. Journ. London. I. p. 489.

Perroncito, E., Relazione sulle prime esperienze di vaccinazione carbonchiosa fatte in Italia colle relative prove difinitive. — Osservatore. Torino. XVIII. p. 265, auch in: Italia med. Genova. 2. Sér. XVI. p. 129.

Picot, C., Scarlatina. — Nouv. dictionn. de méd. et chir. prat. Paris. XXXII. p. 511—541.

Piffard, H. G., On the viola tricolor (L.) and its use in eczema. — Med. Record. New York. XXI. p. 449—452; discussion. p. 467.

Pohl-Pincus, J., Untersuchungen über die Wirkungsweise der Vaccination. Berlin. 8°. p. 171 u. 4 Taf.

Poladura y Obayo, A., Pustula maligna en su periodo de infeccion; tratamiento por las inyecciones iodadas. — Revista de med. y cirurg. pràct. Madrid. X. p. 393—396.

Power, J. B., On the excretion of nitrogen by the skin. — Dublin Journ. of med. science. 3. Ser. LXXIII. p. 369—376.

Poyuelo Ibarra, E., Importancia de la termometria clinica en el tratamiento de la erisipela. — Clin. escolar. Zaragoza. I. p. 26—29.

Predieri, P., Mie opinioni per togliere la pellagra: lettera all' illustr. signor. comm. Mussi. Bologna. 1881. 8°.

Prince, M., Unusual or accidental results of vaccination. — Boston. med. and surg. Journ. CVI. p. 394.

Quinn, J. L., Unusual results of vaccination. — Ebenda. p. 428.

Quinquaud, E., Stomatite de l'hydroa ou hydroa buccal. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 269—274.

Rabitsch, J., Die Salicylsäure bei der Behandlung des „Ringworm“. — Wiener med. Wochenschr. XXXII. p. 393—397.

Raimondi, C., Contribuzione allo studio della psoriasi; cura di questa e di altre dermatosi cogli acidi crisofanico e pirogallico. Milano. 8°. — Aus: Giorn. ital. delle mal. veneree e della pella. Milano.

Ranking, G. S., Contagious ecthyma. — Practitioner. London. XXVIII. p. 279.

Raymond, H. J., Cellulo-cutaneous erysipelas in the cervical region, with subcutaneous slough of vein; recovery. — Med. Record. New York. XXI. p. 485.

Rendu, H., Érysipèle contracté par contagion directe et propagé à tout le tube digestif; guérison. — France méd. Paris. I. p. 865—870.

Reuss, L. M., Du traitement de la rougeole. — Journ. de thérap. Paris. IX. p. 370—375.

Rich, A. C., On the treatment of eczema by diet. — British med. Journ. London. I. p. 695.

Righi, P. L., Storia di un caso di tifo charbonchioso seguito da completa guarigione. Torino. 8°.

Rivolta, S., Le iniezioni intravenose come mezzo preventivo nel carbone cosi detto sintomatico volgarmente acetone. — Medico veter. Torino, XXIX. p. 99—104.

Robert B., La erisipela y los tópicos repercusivos. — Bolet. d. Ateneo de alumnos intern. de la Fac. de med. de Barcelona. I. p. 113—116.

Rodet, A., Sur la rapidité de la propagation de la bactéridie charbonneuse inoculée. — Compt. rend. Acad. des sciences. Paris. XCIV. p. 1060.

Salisbury, J. H., Diphtheria and scarlet fever. — Gaillard's med. Journ. New York. XXXIII. p. 401—424 u. 7 Taf.

Saltor y Lavall, G., Escarlatina maligna, case. — Bolet. d. Ateneo de alumnos intern. de la Fac. de med. de Barcelona. I. p. 23.

Schmidt, H. D., Is the „bacillus lepra“ a reality or a fiction? a critical review. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLIV. p. 337—353.

Schuhmacher H., Die chronischen Hautkrankheiten an den Schwefelthermen von Aachen. — Deutsche med. Wochenschr. VIII. p. 205—207.

Semmola, M., Sulla cura fisiologica di alcune forme di eczema e di psoriasi e della terapia delle dermatosi in generale. — Rivista clin. e terap. Napoli. IV. p. 41—51 auch in: Rivista ital. di terap. ed igiena. Piacenza. II. pp. 117—126, 159—162.

Serret, R., El cow-pox espontáneo en Espana; el cow-pox espontáneo de Eysines; el horse-pox de Boufarik; el cow-pox espontáneo en Italia. — Siglo méd. Madrid. XXX. p. 266—268.

Sherman, F. E., Acute nephritis following scarlatina. — Peoria med. Month. 1882—83. III. p. 20.

Silva Araujo e Moncorvo de Figueiredo, Do tratamento da elephancia pela electricidade. — Gaz. med. di Bahia, 1881—82. 2. Ser. p. 350—355.

Simeon, J., Parallèle entre les fièvres éruptives; rougeole, va-



riole et scarlatine, envisagées surtout au point de vue pratique dans leurs formes régulières et normales. — Practicien. Paris. V. p. 148—150.

Simon, R. M., The treatment of eczema. — Birmingham med. Review. XI. p. 196—207.

Slaton, W. E., Small-pox and the public schools of Atlanta. — Atlanta med. Register 1881—82. I. p. 581—583.

Sourris, J., Réflexions au sujet de revaccinations. — Recueil de mémoir. de méd. etc. militaires. Paris. 3. Sér. XXXVIII. p. 301—317.

Squire, B., On the treatement of eczema by Bantingism. — British med. Journ. London. I. p. 499.

Steele, H. K., New treatment of pruritus. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 360.

Stein, J., Ischeznovenie opucholi nod vlijaniem rochi (érysipèle salutaire). — Vrach, St. Petersburg. III. p. 262.

Stevenson, E. S., On a case of leprosy treated by tincture of eucalyptus. — Lancet. London. I. p. 730.

Stewart, A. P., Are homes for convalescents from scarlatina desirable? And, if so, at what period can the patients be safely removed to them? — British med. Journ. London. I. p. 374.

Stiller, B., Májbajjal szövödött xanthoma multiplex egy esete. — Orvosi hetilap. Budapest. XXVI. p. 357—362; deutsch in: Pester med.-chir. Presse. Budapest. XVIII. p. 393—396.

Sweeting, R. D. R., Thirty-three cases of concurrent variola and vaccina, with analysis and remarks. — British med. Journ. London. I. p. 814.

Taylor, P., Anti-Vaccination. — Nineteenth Century. London. XI. p. 782—802.

Taylor, P. A., Current fallacies about vaccination; a letter to Dr. B. Carpenter; II. edit.; with additional remarks on Dr. Carpenter's article on disease germs, in the Nineteenth Century. Mag. for Oct. London 1881. 8°. p. 37.

Tayon, J., Sur la résistance des ânes d'Afrique à la fièvre charbonneuse. — Compt. rend. Acad. des scienc. Paris. XCIV. p. 980—982.

Theodoridos, A. G., *'Εξάνθησις ἰδιότροπος ἐκ κινίνης.* — *Γαληνὸς. Ἀθῆναι.* Z. 330.

Timins, J. H., On the origin of the late outbreak of small-pox in the county prison at Maidstone. — Sanitary Record. London 1881, 1882. N. S. III. p. 452.



Trachiner, J., Algunas consideraciones sobre el sarampion. — Crónica méd. Valencia 1881—82. V. p. 490.

Tripe, J. W., On the necessity for an alteration of the law respecting revaccination. — Sanitary Record. London. 1881—82. N. S. III. p. 404.

Valentiner, Ueber die Ausscheidung kleiner alter Exsudatreste durch Cutis und Epidermis in Form von Hautentzündungen und local begrenzten Exanthemen. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 336.

Vallada, D., Storia della sperimentazione dell innesto charbonchioso in Torino e dintorni. Torino. 8°.

Veiel, T., Lupus erythematosus. — Arch. of Dermat. New York. VIII. p. 120—125.

Vérité, A., Acne kéloïdique. Paris. 8°.

Vidal, Traitement du lupus. — Thérap. contemp. Paris. II. p. 417—424.

Vineberg, H. N., Leprosy and the leper settlement, Molokai, Sandwich Islands. — Canada med. and surg. Journ. Montreal 1881, 1882. X. p. 513—522.

Vineta-Bellaserra, J., Estudios de termatologia. La difteria en la piel. Barcelona. 8°.

Violi, J. B., La vaccinazione animale a Constantinopoli. Bologna. 8°. p. 5. — Aus: Gazz. d'ospital. Milano.

Violi, J. B., Notice sur l'établissement vaccinogéne, fonde en 1880. Constantinople. 8. p. 31 u. 1 Taf.

Voigt, L., Vaccine und Variola. — Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentliche Gesundheitspflege. Braunschweig. XIV. p. 385—408.

Walford, W. G., On the prophylactic treatment of scarlatina and other zymotic diseases. — Lancet. London. I. p. 844.

Warfvinge, F. W., Morbus maculosus Werlhoffi. — Ars-Beratt. f. Sabbatsbergs Sjukh. i Stockholm 1881. p. 69—79.

Watkins, J. M., Vaccination. — New Orleans med. and surg. Journ. 1881—82. N. S. IX. p. 906—911.

Weill, J., Considérations pratiques sur les revaccinations. — Recueil de mémoir. de méd. etc. militaires. Paris. XXXVIII. p. 193—205.

Wendling, L., Ueber Scharlach. — Med.-chirurg. Centralbl. Wien 1881. XVI. pp. 542, 567; 1882. XVII. pp. 26, 38, 51, 86, 122, 134, 147, 170, 182, 218, 230, 243, 255, 267.



White, C. B., Review of small-pox in New Orleans 1869—1876; with the operations of the Board of Health in relation to the same. — New Orleans med. and surg. Journ. 1881—82. N. S. IX. p. 739—747.

White, J. C., The limitations of internal therapeutics in skin diseases. — Arch. of Dermat. New York VIII. p. 97—106.

Wolberg, L., Szkarlatyna i ospa jednoczésnie u tegoż samego dziecka (Scharlach mit Blattern combinirt). — Gaz. lekarska. Warszawa. 2. Ser. II. p. 431—433.

Wood, H. L., An allied form of pityriasis rubra. — Med. Record. New York. XXI. p. 629.

Ziehl, F., Fall von Erythema exsudativum multiforme mit gleichzeitiger Erkrankung d. Mundschleimhaut. — Deutsch. med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 333.

Academia médico-farmacéutica de Barcelona. Dictámen emitido por la Comision nombrada por dicha Academia al objecto de proponer los medios mas conducentes para atajar el incremento de la actual epidemia de sarampion que sufre Barcelona. — Enciclopedia méd.-farm. Barcelona. VI. p. 162—166.

Dictámen de la seccion de medicina, reclamado por la Direccion general de Instruccion publica, acer ca de la obra del Sennor D. Faustino Roel, titulada: Etiologia de la pellagra, ó sea de la pluralidad de las enfermedades que afligen al linaje humano. — Annal. r. Acad. de med. Madrid. IV. p. 55—73.

Erisipela flictenosa facial; bronquitis simple. — Revista de clin. med. Barcelona. I. p. 81—83.

Institut vaccinal de l' État et Office vaccinogène central établié à l'École vétérinaire. — Presse méd. belge. Bruxelles. XXXIV. p. 193.

I pellagrosi accolti nel manicomio 1879; brevi anotazioni da servire allo studio della pellagra, estratte dalle Polizze anamnestiche, dai diari clinici e dai registri delle necroscopie. — Bollett. d. manic. prov. di Ferrara. IX. Nr. 2, 3.

Prevention and restriction of small-pox (54) Document issued by the Michigan State Board of Health. London. 8°. p. 16.

Report on an outbreak of small-pox among rag-sorters at the St. Mary Cray Paper Mills. — Med. Times and Gaz. London. I. p. 589.

The Medical News Commission on the management of vaccine farms and on the propagation of bovine virus. — Med. News. Philadelphia. XL. pp. 463, 497, 549, 579.



The animal vaccine establishment. — Lancet. London. I. p. 802.

Vaccination and small-pox. By „Abdiel“. First edition. London. 8°. p. 23.

Venerische Krankheiten.

Abadie, Des ulcères infectieux de la cornée et de leur traitement. — Annales d'oculist. Bruxelles. 12. Sér. VII. p. 143—148.

Abay, Hermann, Ueber Endoscopie. Budapest. 8°. p. 23. — Aus: Pester med.-chir. Presse. Budapest.

Accorinti, Caso di albuminuria sifilitica. — Annali clin. d. osped. incurab. Napoli. VII. p. 14—37.

Amicis, F. de, Del modo di comportarsi nell' esplorazione delle parti genitali muliebri dal punto di vista sifilografia. — Rivista clin. e terap. Napoli. IV. p. 233—241.

Amicis, T. de, La cellula gigante ed i prodotti sifilitici. — Movimento med.-chir. Napoli. 2. Ser. IV. p. 66—80 u. 2 Taf.

Andronico, C., Prostitute e delinquenti. — Arch. di psichiat. etc. Torino. III. p. 143—148.

Anthofer, C. M., Die Grundzüge d. modernen Syphilisbehandlung. — Mittheil. des Wiener med. Doct.-Coll. VIII. pp. 114, 122, 132, 148.

Anthofer, C. M., Therapie im acuten Stadium des Trippers. — Ebenda pp. 124, 132.

Atkinson, I. E., On simple chancres of the preputial margin. — Med. News. Philadelphia. XL. p. 595—597.

Aubert, P., Excision blocus et auto-inoculation intra-veineuse du chancre syphilitique. — Lyon méd. XXXIX. p. 485—487.

Bartumeus, A., Tumor cerebeloso; sifiloma. — In: Rivista de clin. méd. Barcelona. I. pp. 100, 120.

Behrend, G., Contribution à la doctrine de l'hérédité de la syphilis; revue critique par P. Diday et A. Doyon. — Annales de derm. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 285—298.

Bevan, C. F., Excision of the initial lesion of syphilis. — Maryland med. Journ. Baltimore 1882—83. IX. p. 1—6.

Blachez, Traitement de la syphilis oculaire. — Gaz. hebdom. de méd. Paris. 2. Sér. XIX. p. 308.

Boch, Syphilis tertiaire, symptômes graves, nécrose des os du nez et de la table externe du frontal; séquestre considérable etc. — Presse méd. belge. Bruxelles. XXXIV. p. 185—187.

Bonnamy, Paul, Contribution à l' étude de la séméiologie des écoulements uréthraux. Thèse. Paris. 4°. p. 151.

Bryson, J. P., Syphilitic azoospermism. — St. Louis Courier of med. VII. p. 485—499.

Bulkley, L. Duncan, The malignity of syphilis, with an analysis of 450 cases of the disease. New York. 8°. p. 27. — Aus: Transactions of the med. soc. of the State of New York.

Bull, Charles Stedman, Syphilitic diseases of the lachrymal apparatus. New York. 8°. p. 12. — Aus: New York med. Journ.

Buzzard, T., Clinical lecture on the association of tabes dorsalis with syphilis. — Lancet. London. I. p. 941—943.

Calhoun, A. W., Syphilitic ulceration of the eyelid (conjunctiva) in the infant. — Southern med. Record. Atlanta. XII. p. 207—209.

Cantó, F., Iritis sifilitica doble. — Gaceta de l. hosp. Valencia. I. p. 15—17.

Cattani, G., La resorcina nelle malattie cutanee e veneree. — Giornale ital. delle mal. veneree e della pella. Milano. XVII. p. 35—45.

Cayla, Frédéric, Étude critique sur le rapport étiologique de la syphilis et de l'ataxie. Thèse. Bordeaux. 4°. p. 35.

Chisolm, J. J., Syphilitic infection with iritis from an oral chancre. — Maryland med. Journ. Baltimore. 1882—83. IX. p. 81.

Colsman, Ein Fall recidivirender Hornhauterkrankung bei gonorrhoisch. Gelenkentzündung. — Berlin. klin. Wochenschr. XIX. p. 243.

Concetti, C., Un caso di sifilide gommosa del polmone con escavazioni. — Bullett. d. soc. Lancisiana d. osp. di Roma. II. p. 16—19.

Cornil, V., Syphilis. Translated, with notes and additions by J. Henry C. Simes and J. William White. Philadelphia. 8°. p. 461.

Defize, Cas du tumeur cérébrale probablement de nature syphilitique. — Arch. méd. belges. Bruxelles. 3. Sér. XXI. p. 201—206.

Delavarenne, Sur un cas de syphilis héréditaire tardive. Rapport de M. H. Cazalis. — Annales de soc. d'hydrol. méd. de Paris. 1881—82. XXVII. pp. 139—154, 171—179.

Diday, P., Effet consécutif des injections uréthrales dans le traitement de la blennorrhagie. — Lyon méd. XL. p. 116—122.

Diem, W., Constanter Strom u. Compression bei sympathischen indolenten Bubonen. — Aerztl. Intelligenz-Bl. München. XXIX. p. 243.

Dovertie, L. G., Behandlingen af syfilis (Öfversigt). — Eira, Göteborg. VI. pp. 40, 105.

Drapes, T., Syphilis versus cancer. — British med. Journ. London. I. p. 816.

Dunlap, Syphilis treated by albuminate of mercury. — Glasgow med. Journ. XVII. p. 378.

Dyer, A. S., Syphilis et prostitution. — Presse méd. belge. Bruxelles. XXXIV. p. 121—125.

Engel, H., An obscure form of syphilitic affection of the brain. — Philadelphia med. Times 1881—82. XII. p. 486—490.

Faure, L., L'état actuel de la syphilis en Algérie. — Gaz. méd. de l'Algérie. XXVII. pp. 57, 66.

Fedeli, F., Sifilide cerebrale sotto forma di sclerosi disseminata. — Annali univers. di med. e chir. Milano. CCLIX. p. 315—317.

Finger, E., Ueber die Coexistenz von Erythemen mit Syphilis. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 261.

Fleury, A., Du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé corrosif. Montpellier. 8°.

Fonseca, L. da, Cancro primitivo, syphilitico, da palpebra. — Arch. ophthalm. de Lisbona. 1881. II. p. 60.

Fournier, Alfred, De l'ataxe locomotrice d'origine syphilitique. Leçons cliniques professés à l'hôpital St. Louis. Paris. 1882. 8°.

Frank, Joh., Bemerkungen über die Jodoformbehandlung der Bubonen. — Feldarzt. Wien. Nr. 1 p. 2.

French, J. M., Syphilitic epilepsy. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 556—559.

Galezowski, Des injections hypodermiques; le cyanure de mercure dans la syphilis oculaire. — Progrès méd. Paris. X. p. 279—281, auch in Recueil d'ophthalm. Paris. 3. Sér. IV. p. 290—306.

Gamberini, P., Delle malattie veneree sifilitiche e della pelle, curate nella clinica di Bologna nell' anno 1881. — Giornale internaz. d. scien. med. Napoli. N. S. IV. p. 411—417.

Gavoy, E., Études cliniques sur le traitement des bubons vénériens compression combinée à diverses méthodes thérapeutiques. Paris. 8°. p. 89.

Geffrier, P., Contribution à l'étude de la cystite blennorrhagique. — Revue de chir. Paris. II. p. 429—442.

Gihon, A. L., The prevention of venereal disease by legislation. — Sanitarian. New York. X. p. 321—343.

Gilles, Gaston, De l'hypertrophie des amygdales chez les syphilitiques. Thèse. Paris. 4°. p. 70.

Gilles de la Tourette, Gomme syphilitique de la Ire circonvolution frontale gauche empiétant légèrement sur le lobule paracentral avec hémiplégie droite sans hémianesthésie; rotation et déviation conjugée de la tête et des yeux; aphasie. — Progrès méd. Paris. X. p. 346.

Gnocchi, G., Intorno ad una epidemia sifilitica sviluppatasi in Romentino di Novara nel 1880—81. — Indipendente. Torino. XXXIII. p. 145—157.

Gomez Torres, R., Accion de las aguas de Cervera de Rio Alhama en la sifilis, la scrófula y la tisis.— Bolet. de med. y cirurg. de Jaen. IV. p. 281—290.

Grasset, Contribution clinique à l'étude des injections hypodermiques d'albuminate de mercure dans la syphilis cérébrale. — Sémaine méd. Paris. II. p. 57.

Greiff, F., Ueber Rückenmarksyphilis. — Arch. f. Psychiat. Berlin. XII. p. 564—585.

Grellety, Notes sur la syphilis. — Journ. de la soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne. Limoges. VI. p. 82—85.

Grossmann, L., Die syphilitischen Krankheiten des Auges. 2. Iritis. — Pester med.-chir. Presse. Budapest. XVIII. pp. 229, 249, 273, 297, 321.

Grünfeld, Jos., Schanker. — Real-Encyclopädie der ges. Heilkunde. Wien und Leipzig. XII. p. 84—106.

Grünfeld, Jos., Der Katheterismus mit geraden Instrumenten, insbesondere mit Rücksicht auf endoskopische Untersuchungen. — Allg. Wiener med. Zeitg. XXVII. Nr. 38.

Gschirhakl, Zur Behandlung der Bubonen. — Wiener med. Wochenschr. XXXII. pp. 425, 461.

Güntz, J. Edmund, Die Syphilis-Behandlung ohne Quecksilber, eine neue abortive Methode. Berlin. 8°. p. 65.

Harlan, A. W., Characteristics of saliva in syphilitics. (From: Illinois State Dent. Transact.) — Ohio State Journ. Dent. Sc. Toledo. II. p. 201—209.

Henden, W. van der, De oorzak van syphilis en hare voorkoming. — Nederlandsch Tijdschr. v. Geneeskunde. Amsterdam. XVIII. p. 337—341.



Hergueta, S., Un caso de blenorrea propagada à la vejiga y rinones; estrecheces uretrales; flemon urinario consecutivo à un cateterismo mal hecho; uremia y despues infeccion purulenta; muerte. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. II. p. 206—215.

Hermanides, S. R., De concept-wet tot bestrijding van syphilitische en venerische Ziekten. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam. XVIII. p. 321—337.

Hermann, J., Ueber Vererbung der Syphilis. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVII. pp. 207, 218, 239, 262.

Hill, Berkeley and Arthur Cooper, The students manual of venereal diseases, being a concise description of those affections and of their treatment. II. edition. New York. 8°. p. 62.

Hiller, A., Haematemesis in Folge von visceraler Syphilis. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg. I. p. 97—101.

Hiller, A., Zwei Fälle von Lungensyphilis. — Charité-Annalen. Berlin. VII. p. 349.

Kassowitz, M., Die normale Ossification und die Erkrankungen des Knochensystems bei Rachitis und hereditärer Syphilis. 2. Theil: Rachitis. 1. Abtheilung. Wien. 8°.

Lechner, Carl, Die Schlaflosigkeit der Syphilitischen und ihre Ursachen. — Excerpt aus: Orvosi hetilap. Budapest 1881, in Pester med. chir. Presse. Budapest. 1882. XVIII. pp. 7. 25, 42.

Leistikow, Ueber Bacterien bei den venerischen Krankheiten. — Charité-Annalen. Berlin. VII. p. 750—772.

Longyel (Pollák), S. Szenvedök e vagy vétkesek a bujakórosok? (Sind Syphilitische Leidende oder Strafbare?) — Allamorvos. Budapest. p. 33—36.

Lewin, G., Ueber Gummata, bemerkenswerth durch eigenthüml. Sitz, Härte und Verlauf. — Charité-Annal. Berlin. VII. p. 729—749.

Lockwood, C. B., Effect of the rheumatic diathesis upon the initial lesion of syphilis. — British med. Journ. London. I. p. 773.

Lucas, R. C., Chancre of the lip and epithelioma. — Practitioner. London. XXVIII. p. 352—355.

Lucas, R. C., A healthy child suckled by a mother inoculated with syphilis subsequent to the birth of her child. — Proceedings Roy. med. and surg. society. London. IX. Nr. 3. p. 91—94.

Maixner, E., Ein Fall von partieller Verwachsung der Stimmbänder in Folge von Larynxsyphilis. Casuistische Mittheilungen aus



dem Jahresberichte pro 1879 der medicinischen Klinik des Prof. Eiselt in Prag. — Med. chir. Central-Blatt. Wien. XVII. p. 327.

Majocchi, Sulla sifilide del palato osseo. — Raccoglitore med. Forli. 4. Ser. XVII. pp. 97, 142.

Malécot, Accidents tardifs de syphilis, apparaissant en d'anciens foyers traumatiques. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 228—231.

Manaut, P., Chancro blando cefálico. — Revista de ciencias méd. Barcelona. VIII. p. 360—363.

Mangell, Nicolas de, Des injections souscutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. Thèse. Paris. 4°. p. 35.

Mannino, L., Due casi di sifilide epatica. Palermo. 8°.

Mannino, L., Sopra un caso di miocardite sifilitica. Milano. 1881. 8°.

Marchiafava, E., Sopra il micrococco della gonorrea. — Gazz. d. ospit. Milano. III. p. 163.

Martin, H., Étude sur les métastases suppuratives d'origine blennorrhagique. — Revue méd. de la Suisse Roman. Genève. II. p. 308—321.

Martinez Valverde, J., Sifilografia; observaciones clinicas. — Bolet. d. Ateneo de alumnos intern. de la Fac. de med. de Barcelona. I. p. 15—19.

Mathiew, A., Note sur l'examen histologique d'un lambeau de peau décollé par un bubon chancreux. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 355.

Mazzei, Se debe reglamentar la prostitution? — Revista méd. de Chile. Santiago de Chile. 1881—82. X. p. 406—412.

Milazzo, G., Osservazioni cliniche raccolte nel sifilicomio di Palermo. Palermo, 1881. 8°.

Molinari, G. B., Rendiconto biennale delle malattie veneree e della pella curate nel dispensario in Brescia. — Gazz. med. ital. lombard. Milano. 8. Sér. IV. p. 113—117.

Nega, Julius, Ein Beitrag zur Frage der Elimination des Mercurs, mit besonderer Berücksichtigung des Glycocoll-Quecksilbers. Strassburg. 8°. p. 50.

Neisser, A., Die Micrococcen der Gonorrhöe; referirende Mittheilung. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 279—282.



Neumann, I., Phimosis, verschiedene Ursachen derselben. — Syphilitisches Geschwür von nicht charakteristischem Aussehen. — Incubationsperioden der Syphilis. — Allg. Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 53.

Neumann, I., Ein Gumma in der Zunge. Syphilis ulcerosa an der Nase. — Ebenda. p. 74.

Neumann, I., Sclerosis. — Ebenda. p. 39.

Neumann, I., Ueber die Behandlung der Syphilis mittelst Jodoforminjectionen. — Wiener med. Blätter. V. pp. 545, 577, 616, 650, 683, 769.

Osler, W., Clinical remarks on cases of inherited syphilis. — Canada med. and surg. Journ. Montreal. X. p. 588—592.

Oteri E., Nota clinica di un caso di sifilide costituzionale con prevalenti fenomeni di emofilia. — Giornale di med. milit. Roma. 1881, XXIX. p. 1113—1118.

Otis, F. N., Acute syphilis; a clinical lecture. — Med. Record. New York. XXII. p. 29—33.

Palacios, Sifilide tubèrculo-escamosa generalizada. — Revista espec. de oftalm.; sifil. etc. Madrid. II. p. 24.

Polin, H., Contribution à l'étude du rôle de la syphilis dans la vaccination; antagonisme du virus syphilitique et du virus vaccin. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris. 2. Sér., XIX. pag. 308.

Profeta, G., La blenorragia. — Giornale internaz. d. scienc. med. Napoli. N. S. IV. p. 195—204.

Proksch, J. K., Paracelsus über die venerischen Krankheiten und die Hydrargyrose. Eine literatur historische Studie. Sonderdruck des „Med.-chir. Central-Blatt“. Jahrg. 1882. XVII. Wien. 8°. p. 67.

Proust, Laryngite syphilitique tertiaire; laryngotomie: pneumonie lobaire double suppurée; mort; autopsie; examen histologique. — Annales d. malad. de l'oreille et du larynx. Paris. VIII. p. 77—80.

Pusinelli. Ueber die Beziehungen zwischen Lues und Tabes. — Arch. f. Psychiat. Berlin. XII. p. 706—722.

Racchi, G., Sul morbo di Bright nella sifilide. — Gazz. d. ospit. Milano. III, pp. 258, 266, 274.

Ramos Balaguer, C., Iritis sifilitica complicada con una queratitis flictenular. — Arch. med. valenc. Valencia. II. pp. 211, 220.

Rasori, Enrico, Sopra una complicazione non commune della blenorragia. Bologna, Milano, Napoli. 8°. p. 9. — Estratto d. Gazz. degli ospitali. 1882. Nr. 36.

Ravogli, The hypodermic injection of mercury in syphilis. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. VIII. p. 338—341.

Reclus, Gommes suppurées du testicule. — Progrès méd. Paris. X. p. 287.

Rehlen, E., Statistische Mittheilungen über 35 Fälle von Tabes dorsalis. — Aerztl. Intelligenz-Blatt. München. XXIX. p. 148—151.

Remy, S., Contribution à l'étude des lésions syphilitiques tertiaires du vagin. Nancy. 8°. — Aus: Revue méd. de l'est.

Rocha, A., Sopra un metodo speciale di cura dell' orchite blenorragica. — Rivista ital. di terap. ed igien. Piacenza. II. p. 162.

Rocha, A., Nota sobre un metodo especial de tratamento da orchite blenorragica. — Coimbra med. 1881. I. p. 133.

Rodrigues Viforcos, Algo de fisiologia patològica de la ulcéra venérea. — Revista espec. de oftalm., sifil. Madrid. II. p. 3—9.

Rohè, G. H., State regulations of prostitution; evidence in its favor. — Maryland med. Journ. Baltimore. 1882—1883. IX. p. 83 bis 88.

Rosenbaum, Julius, Geschichte der Lustseuche im Alterthume, nebst ausführlichen Untersuchungen über den Venus- und Phalluscultus, Bordelle, *Νοῦσος θήλεια* der Skythen, Päderastie und andere geschlechtlichen Ausschweifungen der Alten, als Beiträge zur richtigen Erklärung ihrer Schriften für Aerzte, Philologen und Alterthumsforscher dargestellt. Dritter unveränderter Abdruck. Halle a. S. 8°. pp. XII. 484.

Rosenthal, E., Syphilitic orchitis. — Med. Bullet. Philadelphia. IV. p. 111—113.

Schivardi, Le iniezioni mercuriali nella sifilide. — Gazz. di ospitali. Milano. III. pp. 97, 105.

Sigmund v., Ueber die Wahl der Methode für die allgemeine Behandlung der Syphilis mit Mercurialpräparaten. — Wiener med. Wochenschr. XXXII. p. 297—301.

Sigmund v., Zur Anwendung des Jodoform bei venerischen und syphilitischen Krankheiten. — Wiener med. Presse. XXIII. p. 393 bis 396.

Siredey, A., Syphilis; gomme de la région frontale, nécrose du frontal. — Progrès med. Paris. X. p. 484.

Smith, P., A case of gonorrheal ophthalmia rapidly cured by jodoform. — Ophthalm. Review. London. 1881—1882. I. p. 184.

Snell, S., A group of syphilitic inoculations caused by a suckling infant. — The Lancet. London. I. p. 522.

Sokolowski, A., O suchotach pluc przymiotowych. (Phthisis pulmonum syphilitica). — Pamiętnic Towarzystwa Lekarskiego. Warszawa. LXXVIII. p. 383—392.

Sormani, G., Profilassi delle malattie veneree e specialmente della sifilide. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano. XVII. p. 65 bis 99.

Squire, B., Sur une nouvelle espèce de seringue uréthral. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2 Sér. III. p. 224—227.

Stilling, H., Ueber die syphilitische Osteochondritis der Neugeborenen. — Virchow's Archiv. Berlin. LXXXVIII. p. 509 — 515 u. 1 Taf.

Teissier, B., Contribution à l'histoire de la syphilis du coeur. — Annales de dermat. et syphil. Paris. 2. Sér. III. p. 333—342.

Teissier, B., Observation de syphilis du coeur. — Lyon. méd. XL. p. 39—42.

Thin, G., On the treatment of chancre by glycerinum boracis. — Lancet. London. I. p. 864.

Thiry, Rectite blennorrhagique, corps étranger introduit de force dans le canal de l'urèthre; observations. — Presse méd. belge. Bruxelles. XXXIV. p. 201—203.

Thomas, R. H., „State regulation of prostitution"; reply to Dr. Gibon's criticism on my article of Febr. 15. 1882. — Maryland med. Journ. Baltimore. 1882—1883. IX. p. 31—37.

Thompson, H., Clinical lectures on diseases of the urinary organs. VI. edition. Philadelphia. 8°.

Tomaschewski, S., O vlijanii udalenija pervichnago sifiliticheskago zatverdienija na nastuplenie i dalnieshee techenie posliedovatelnich sifiliticheskich javlenii (Effect der Schankerexcision auf den Verlauf der Syphilis). — Vrach. St. Petersburg. III. pp. 251, 270.

Tosetti, L., Emiplegia da sifilide ereditaria in un bambino di un mese. — Bullett. delle scienze med. di Bologna. 6 Ser. IX. p. 324—328.

Trélat, Diagnostic des tumeurs du testicule. — Semaine méd. Paris 1881. II. p. 49.

Tüngel, E., Jodoformverbände bei Leistenbubonen. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 345.



Unna, P. G., Die Mullschärpe, ein Universalsuspensorium. — Ebenda. p. 235.

Uva, L., Sopra un caso di sifilide cerebro-spinale con fistola retto-vesicale per gomma suppurata in vesica. — Rivista clin. e terap. Napoli. IV. p. 250—255.

Viforcos, A. R., Nota sobre el tratamiento del sifilo-escleroma. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. II. p. 139—146.

Wertheim, G., Ueber Behandlung von Hohlgeschwüren bei infectiösen Krankheiten der Geschlechtstheile. (Zugleich eine Mittheilung von bisher gewonnenen Erfahrungen über Jodoformwirkung auf diesem Gebiete.) — Med. Jahrbücher. Wien. p. 1—7.

Wiethe, T., Beiträge zur Casuistik syphilitischer Lidaffectionen. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 249.

Wigglesworth, E., and E. W. Cushing, Diagnosis and treatment of deep syphilitic ulcerations of the throat; eleven cases. — Med. and surg. Reports of the Boston City Hospital. 3 Ser. p. 354 bis 371.

Zeissl, Epitheliom oder phagedänischer Schanker? — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 121.

Zeissl, Jodlithium. — Ebenda. p. 19.

Zeissl, Syphilis ulcerosa. — Ebenda. p. 65.

Zeissl, Sarcocele syphilitica. — Ebenda. p. 65.

Zeissl, H. und M. Zeissl, Lehrbuch der Syphilis und der mit dieser verwandten örtlichen venerischen Krankheiten. Vierte Auflage. Stuttgart. 8. pp. XVIII. 763.

Zeissl, M., Pigmentirungen und Pigmentmangel der Haut nach Schwinden der syphilitischen Krankheitsprodukte derselben (Pigmentsyphilis der Autoren.) — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 230.

Report on the lock-hospitals, British Burma, for the year 1881. Rangoon. fol. p. 59.

Rapport van de Commissie belast met een onderzoek naar de maatregelen, die van rijkswege behooren genomen te worden tot beteugeling van de uitbreiding van syphilitische en venerische ziekten. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam. XVIII. p. 161 bis 168.



Autoren-Register.





Sach-Register.

A.

B.

C.



D.

E.

F.



Seite

G.

H.

I. J.

K.

L.



M.

N.



O.

P.

Q.



Seite

R.

S.



T.

U.



V.

Y.

Z.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.







